

# SEXP

# ERT

Seksuele gezondheid in Vlaanderen

## Valorisatierapport

### Promotoren

Ann Buysse, Paul Enzlin, John Lievens, Guy T'Sjoen, Mieke Van Houtte, Hans Vermeersch

### Onderzoeksteam

Alexis Dewaele (coördinator), Maya Caen (data-manager), Els Elaut (valorisatie)

Sabine Hellemans, Lies Hendrickx, Wouter Pinxten, Katrien Symons, Joke Vandamme, Ellen Van Houdenhove, Eva Van Caenegem, Katrien Wierckx, Katrien Vermeire, Artinizio dos Santos Santiago, Julie Schamp, Elke Van Hevele, Silke Brants

ISBN 9789038223384

Gedrukt door Academia Press, Gent



# Inhoud

---

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	3
<b>2</b>	<b>Sexpert als participatorisch onderzoek</b>	4
2.1	Wat is participatorisch onderzoek?	4
2.2	Het proces van participatie	4
<b>3</b>	<b>Een unieke bijdrage in het wetenschappelijk onderzoek naar seksuele gezondheid in Vlaanderen</b>	13
<b>4</b>	<b>Seksuele gezondheid bij de gemiddelde Vlaming: resultaten, activiteiten en beleidsaanbevelingen</b>	15
4.1	Matrix	15
<b>5</b>	<b>Een op wetenschappelijke feiten gestoelde visie op seksuele gezondheid in Vlaanderen</b>	47
<b>6</b>	<b>Mythes en feiten</b>	50
<b>7</b>	<b>Bijlagen</b>	55
7.1	Lijst stakeholders	55
7.2	Conceptenlijst overlegplatform Sexpert I	57
7.3	Presentaties symposium ‘Seksuele Gezondheid in Vlaanderen’	69
7.4	Media-aandacht naar aanleiding van de onderzoeksprojecten Sexpert	87
7.5	Fact sheets met additionele analyses	112
7.5.1	Probleemgedrag bij middelbare school jongeren	112
7.5.2	Jongeren en informatie over relaties en seks	131
7.5.3	Ontbreken van seksuele ervaring bij volwassenen: prevalentie, beleving en geassocieerde factoren	143
7.5.4	De beleving van een vroege eerste geslachtsgemeenschap	146
7.5.5	Gendersverschillen in biologische en psychologische correlaten van verminderd seksueel verlangen zonder geassocieerde last	150
7.5.6	Ervaringen met intiem partnergeweld bij niet-hetero’s: een studie naar prevalentie en het verband met mentale en seksuele gezondheid	154
7.5.7	Kenmerken van de seksuele start bij holebi-jongeren in Vlaanderen: een vergelijkend perspectief	162
7.5.8	Seksuele inhibitie en excitatie: een verkennende studie van factoren die samenhangen met variatie in excitatie en inhibitie	169



# 1 Inleiding

Sexpert is het eerste grootschalige wetenschappelijk onderzoek naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen. Tot op heden ontbraken degelijke en wetenschappelijk onderbouwde gegevens met betrekking tot de seksuele gezondheid in Vlaanderen. Om tot resultaten te komen die zowel door het beleid als door professionals op het terrein gebruikt kunnen worden ter onderbouwing van beleid en activiteiten, was een nauwe samenwerking met Vlaamse ‘stakeholders’<sup>1</sup> zeer belangrijk. Tijdens het hele project werd er dan ook veel belang gehecht aan een duidelijke valorisatiestrategie om het beleid, het middenveld en het ruimere publiek te informeren. Op deze manier willen we de resultaten van Sexpert zo breed mogelijk verspreiden, toegankelijk en bruikbaar maken. Dit rapport is de neerslag van dat valorisatiewerk.

In de eerste paragraaf zetten we het participatorisch karakter van Sexpert uiteen en ook bespreken we uitgebreid de verschillende fasen waarin de stakeholders werden betrokken. In de tweede paragraaf wordt de visie en een aantal algemene aanbevelingen geformuleerd voor een beleid rond seksuele gezondheid. In de derde paragraaf wordt per onderzoeksdomein gedetailleerd ingaan op de resultaten van de Sexpert I en Sexpert II-studie. Deze resultaten worden gekoppeld aan de activiteiten die hier rond in Vlaanderen reeds bestaan. Per onderzoeksdomein worden de beleidsaanbevelingen weergegeven zoals deze door de betrokken stakeholders en het Sexpert-team zijn geformuleerd.

---

1 I.e. actoren en organisaties die van dicht of van ver bij seksuele gezondheid betrokken zijn.

## 2 Sexpert als participatorisch onderzoek

### 2.1 Wat is participatorisch onderzoek?

De verschillende fasen in zowel de onderzoeksprojecten Sexpert I als Sexpert II zijn gebaseerd op de principes van **participatorisch onderzoek**. Dat betekent dat we vanaf de initiële constructie van de meetinstrumenten tot het finale uitwerken van de beleidsaanbevelingen, op regelmatige basis contact hebben onderhouden met onze stakeholders, op de wijze die nader wordt toegelicht in het volgende deel ‘Het proces van participatie’ (2.2). Gedurende dit proces onderhielden wij contacten met verschillende actoren die allen werkzaam zijn rond het thema seksuele gezondheid: het middenveld, het preventiewerk, de zorgsector, het beleid en de academische wereld. Hiertoe zijn in de loop van het onderzoeksproject zowel individuele als groepsoverlegmomenten (overlegplatforms en reflectiegroepen) georganiseerd. Een zo breed mogelijke groep stakeholders werd betrokken bij dit proces om ervoor te zorgen dat de onderzoeksbehoeften maximaal opgenomen konden worden in de vragenlijst en dat de onderzoeksresultaten maximaal ingang zouden vinden in de verschillende terreinen waarop de stakeholders actief zijn.

Eén valorisatiestrategie werd in alle fasen van het onderzoeksproject aangehouden om het gevoel van *ownership* (van kennis) en *commitment* (ten aanzien van verbetering op het terrein) onder de stakeholders te maximaliseren. Er werd gestart met een wenseninventarisatie onder alle mogelijk geïnteresseerde stakeholders, waarvan de resultaten werden gepresenteerd op een startbijeenkomst. Nadien volgde een eerste overlegplatform over het meetinstrument waar de stakeholders feedback konden geven zodat hiermee rekening gehouden zou worden. Na afronding van de dataverzameling en de preliminaire analyses van Sexpert I werden een aantal centrale stakeholders uit het veld aangesproken. Zij gaven mee richting aan de duiding van de resultaten opdat er een link zou ontstaan tussen onderzoek en werkveld. In de voorlaatste fase van het onderzoeksproject organiseerde Sexpert een symposium om de resultaten van het onderzoek bekend te maken. Tot slot werden reflectiegroepen georganiseerd zodat we in overleg met de stakeholders een eerste aanzet konden geven tot beleidsaanbevelingen. Tijdens de reflectiegroepen konden stakeholders aangeven welke activiteiten zij reeds ondernemen en, stoelend op de beschikbare Sexpert-onderzoeksresultaten, nog kunnen ondernemen. Ook dit gedeelte kan u terugvinden in dit eindrapport, in het deel met de matrix die resultaten, activiteiten en beleidsaanbevelingen groepeerd. Tot slot werden stakeholders tussendoor van alle vordingen op de hoogte gehouden via regelmatige nieuwsbrieven en een website ([www.sexpert-vlaanderen.be](http://www.sexpert-vlaanderen.be)).

### 2.2 Het proces van participatie

Een hele reeks aan valorisatie-activiteiten hebben bijgedragen tot het creëren van *ownership* en *commitment* onder de betrokken stakeholders. Hieronder worden de verschillende activiteiten omschreven in chronologische volgorde, vanaf de start van

Sexpert I in februari 2010 tot en met het einde van Sexpert II in oktober 2013.

Voor een meer gedetailleerde omschrijving van het onderzoeksproject Sexpert I (van de ontwikkeling van het meetinstrument tot het analyseren van de data), verwijzen we naar de publicatie ‘Seksuele gezondheid in Vlaanderen’ (Buysse, Caen, Dewaele, Enzlin, Lievens & T’Sjoen, 2013), meer specifiek naar het hoofdstuk ‘Achtergrond van de studie’ (Caen & Dewaele, 2013). In onderstaande omschrijving wordt vooral gefocust op de valorisatie-activiteiten, eerder dan op het verloop van het gehele onderzoeksproject.

*Fase 1: De wenseninventarisatie (februari - maart 2010)*

(A) De selectie van de ‘stakeholders’

Op basis van bestaande netwerken van het consortium, de betrokken vak- en onderzoeksgroepen en onderzoekers, én gekende belanghebbende actoren en organisaties in het veld van de seksuele gezondheid, werd een brede groep van mogelijke belanghebbenden of ‘stakeholders’ opgesteld. Met 42 mogelijke deelnemers werd contact gezocht om te peilen naar hun interesse in het onderzoeksproject en hun bereidheid om betrokken te worden. Een groot deel van deze stakeholders zijn organisaties die ook reeds in de aanloop van de start van het project een ‘letter of intent’ schreven. Hierin benadrukten organisaties, vanuit hun eigen achtergrond en werking, het belang van de goedkeuring van het project en waarmee ze dus zo de projectaanvraag ondersteunden.

(B) Grootschalige wenseninventarisatie

Met alle stakeholders die reageerden op onze contactpogingen werd binnen de twee maanden een afspraak voor een verkennend gesprek gepland. Voorafgaand aan dit gesprek werden onze contactpersonen bij deze organisaties aangemoedigd om bestaande onderzoeksbehoeften vooraf te bespreken binnen hun organisatie en om deze op te lijsten. Vooreerst werd in dit gesprek aan de stakeholders gevraagd om hun rol in het veld van de seksuele gezondheid te preciseren om zo hun expertise en invloed te verduidelijken. Daarnaast werd met de actor of organisatie alle onderzoeksbehoeften omtrent seksuele gezondheid geïnventariseerd. In dit gesprek werd steeds ook naar de methodologische invalshoek van Sexpert I (een representatief populatie-onderzoek met één meetmoment) verwezen, om aan de stakeholders duidelijk te maken welke verwachtingen realistisch waren. Stakeholders die binnen deze termijn geen ruimte hadden in hun agenda, konden steeds via mail hun onderzoeksbehoeften communiceren naar de valorisatiemedewerkers opdat ze verder konden worden meegenomen in het project.

In totaal werden 42 stakeholders benaderd waarvan een klein deel actief betrokken bleef doorheen het project. Voor een niet-exhaustieve lijst van benaderde en betrokken stakeholders in Sexpert I en II, verwijzen we naar Bijlage 1 (5.1).

## (C) De terugkoppeling naar de stakeholders op de startbijeenkomst

De resultaten van de wenseninventarisatie werden door de valorisatiemedewerkers gebundeld en georganiseerd in inhoudelijke thema's. Op de startbijeenkomst van 23 maart 2010 (het eerste *overlegplatform*) werden deze inhoudelijke thema's gecommuniceerd naar alle aanwezige stakeholders en sympathisanten van het onderzoeksproject. Deze startbijeenkomst omvatte tevens een gelegenheid voor de stakeholders om hierop feedback te leveren. De overlegplatforms werden opgezet met het doel om een wisselwerking te creëren tussen de stakeholders en het onderzoeksteam. Via deze wisselwerking wilden we garanderen dat Sexpert zo veel mogelijk kwaliteitsvolle informatie zou opleveren om te kunnen gebruiken in het beleid en het middenveld.

*Fase 2: De ontwikkeling van de vragenlijst 'Sexpert I: Seksuele gezondheid in Vlaanderen' (april 2010 – december 2010) en het overlegplatform op 28 juni 2010*

## (A) Literatuuronderzoek

Van april tot december 2010 werkte het multidisciplinair onderzoeksteam samen aan de ontwikkeling van het meetinstrument voor Sexpert I. In dit proces werd vertrokken vanuit relevante literatuur en vanuit eerdere bevolkingsstudies in het buitenland. Zo vormde de Nederlandse ervaring uit 'Seks onder je 25<sup>ste</sup>' (2005) en 'Seksuele gezondheid in Nederland' (2006) een goede inspiratiebron.

Uiteraard werd dit aangevuld met thema's die door de stakeholders werden aangebracht op de startbijeenkomst en tijdens het tweede overlegplatform (zie punt B).

## (B) De feedback van de stakeholders: twee overlegplatforms

De waardevolle feedback van de stakeholders op de *startbijeenkomst* van 23 maart 2010 werd door het onderzoeksteam meegenomen in de verdere ontwikkeling van het meetinstrument van Sexpert I. Uiteraard konden niet alle onderzoeksvragen van de stakeholders worden opgenomen in het meetinstrument, omwille van methodologische, praktische of inhoudelijke redenen. Bepaalde onderzoeksbehoeften pasten niet in het design van een populatie-onderzoek, of pasten niet in de opbouw van een CAPI/CASI<sup>2</sup>-vragenlijst. Criteria voor het opnemen van onderzoeksbehoeften betroffen steeds haalbaarheid, innovativiteit (wat weten we hierover al in Vlaanderen en wat niet?) en relevantie.

Op een tweede *overlegplatform* op 28 juni 2010 werd een eerste voorstel voor een meetinstrument, dat op dat moment nog volop in ontwikkeling was, voorgesteld aan alle aanwezige stakeholders. In parallelsessies konden verschillende thema's verder worden uitgediept en werden de stakeholders uitgenodigd om samen met de onder-

zoekers van Sexpert verder na te denken over de vraagstelling binnen de verschillende thema's. De toen besproken conceptenlijst is terug te vinden in Bijlage 2 (5.2). Binnen het platform 'Zorg' werden de sessies 'Reproductieve gezondheid' en 'Seksueel (dis)functioneren en toegang tot hulpverlening' aangeboden; binnen het platform 'Preventie' vonden de sessies 'Kenmerken van (seksuele en partner)relaties' en 'Seksuele risico's (soa, hiv, grensoverschrijdend gedrag...) en toegang tot informatie' plaats.

#### (C) Expertenaadvies uit Nederland

##### - De bijeenkomst met de Rutgers Nisso Groep (nu Rutgers WPF)

Om het onderzoeksteam de kans te geven om te leren uit de ervaringen van anderen, werd op 18 mei 2010 een bijeenkomst belegd met medewerkers van het Nederlandse onderzoeks-, kennis- en voorlichtingscentrum Rutgers Nisso Groep (sinds 1 januari 2011 Rutgers WPF). Floor Bakker en Hanneke De Graaf, twee senior onderzoekers binnen Rutgers, publiceerden het onderzoeksrapport 'Seksuele gezondheid in Nederland 2009', waarin zij verslag doen van hun relevante ervaring met de Monitor seksuele en reproductieve gezondheid, zorgbehoefte en zorggebruik (SRGZ). Met deze Rutgers-onderzoekers werden de mogelijke methodologische moeilijkheden en oplossingen besproken die gemeenschappelijk waren aan Sexpert en het Nederlandse onderzoek. Verder werd met Rutgers samengewerkt rond de in de Monitor gebruikte gevalideerde schalen en werden mogelijke toekomstige samenwerkingsverbanden besproken.

##### - De bijeenkomst met het Nederlandse expertenpanel

Sexpert wenst niet enkel binnen Vlaanderen betrokken professionals te contacteren. Er was ook het voornemen om een internationaal expertpanel samen te stellen. Omwille van mogelijke taalbarrières in het gevoerde onderzoek, werd besloten om een aantal Nederlandse academici (i.t.t. bijvoorbeeld Franstalige onderzoekers) uit te nodigen (Jacques van Lankveld, Ellen Laan, Saskia Van Keuzenkamp, John De Wit, Fraukje Mevissen en Arjan Bos), alsook medewerkers van de Rutgers Nisso Groep (Rutgers WPF) (Hanneke De Graaf en Floor Bakker), alsook ervaren klinici en vertegenwoordigers van beroepsgroepen in de seksuele gezondheid (Rik Van Lunsen, Luk Gijs, Luca Incrocci en Peter Leusink). Dit resulteerde in een bijeenkomst op 29 juni 2010 in Utrecht waarop de achtergrond en methodologie van Sexpert werd uiteengezet. Tevens werden de verschillende modules in het meetinstrument gepresenteerd. Deze bijeenkomst leverde voor Sexpert uiterst waardevolle feedback en stof tot nadenken op.

#### (D) De focusgroepen

Aanvullend op alle bovenstaande input vonden tevens zes focusgroeps gesprekken plaats over de Sexpert I-vragenlijst. Deelnemers in deze zes focusgroepen werden

ingedeeld naar leeftijd en geslacht zodat zowel mannen als vrouwen, als de verschillende leeftijdsgroepen die bevroegd zouden worden in Sexpert I, representatief vertegenwoordigd zouden zijn.

In het beslissingsproces omtrent de constructie van het meetinstrument namen de promotoren steeds de eindverantwoordelijkheid.

*Fase 3: De dataverzameling voor Sexpert I: Seksuele gezondheid in Vlaanderen (februari 2011 – februari 2012)*

Het meetinstrument voor Sexpert I werd na het tweede overlegplatform finaal afgevoerd door het onderzoeksteam in januari 2011. Na toelating te hebben verkregen van de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer en van de verschillende ethische comités verbonden aan de instellingen en faculteiten waartoe de consortiumpartners behoren, werd op 3 februari 2011 met de dataverzameling van start gegaan. Voor de feitelijke dataverzameling werd marktonderzoeksbureau Significant ingeschakeld. Alle interviews werden bij de respondenten thuis afgenomen (face-to-face), door daartoe specifiek opgeleide interviewers. De bevroegingsmethode betrof een afwisseling van CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing: een computergestuurd interviewproces waarbij vragen gesteld door de interviewer worden beantwoord door de respondent) en CASI (Computer Assisted Self Interviewing: de respondent leest en beantwoordt de vragen rechtstreeks zelf op het scherm, zonder inmenging van de interviewer). Meer in het bijzonder werden alle eerder gevoelige gegevens (bv. wat betreft de seksuele gezondheid of medische voorgeschiedenis) via CASI verzameld.

De voorbereiding van, opvolging van en kwaliteitscontrole tijdens en na het veldwerk bleef in handen van het Sexpert-onderzoeksteam. Voor meer details verwijzen we naar het hoofdstuk ‘Achtergrond van de studie’ (Caen & Dewaele, 2013) in de publicatie ‘Seksuele gezondheid in Vlaanderen (Buysse et al., 2013).

*Fase 4: De lezingenreeks (februari – juni 2011)*

Na de constructie van het meetinstrument en de aanvang van de dataverzameling, werd besloten om een lezingenreeks op te zetten om het contact met de stakeholders in deze periode te onderhouden. De opzet van deze twee lezingen was telkens gelijkwaardig: promotoren en/of onderzoekers van het Sexpert-team gaven een presentatie die aangevuld werd met een presentatie van (een) externe spreker(s) uit het middenveld, gevolgd door een interactief panelgesprek met debat.

Op donderdag 24 februari 2011 vond de eerste lezing plaats rond het thema ‘Seksuele disfuncties en seksuologische hulpverlening in Vlaanderen’. Prof. Dr. Paul Enzlin schetste voor de aanwezigen een achtergrond in de mogelijkheden van het meten en weten van seksualiteit met een seksuologische bril. Sexpert-onderzoeksters Lies Hendrickx en Ellen Van Houdenhove spraken respectievelijk over prevalentiecijfers



van seksuele klachten zoals die te verwachten zijn voor Vlaanderen op basis van buitenlandse surveys en over asexualiteit. Als externe spreker werd Mevr. Ilse Penne aangezocht. Vanuit haar positie als voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie gaf ze niet alleen meer inzicht in de werkinstrumenten van de seksuoloog, maar schetste ze tevens het huidige kader van de positie van de Vlaamse seksuoloog in het ruimere veld van de gezondheidszorg. Mevr. Sandra Van den Eynde van Sensoa leidde de vragen en feedback achteraf in goede banen in een geanimeerd paneldebat.

Op woensdag 1 juni 2011 werd een tweede lezing georganiseerd rond ‘Seksueel risicogedrag en jongeren’. Sexpert-onderzoekster Katrien Symons schetste een achtergrond bij het huidige discours in de onderzoeksliteratuur rond seksuele ontwikkeling als plezier of risico. Tevens legde zij de link naar hoe seksuele trajecten in het Sexpert-meetinstrument zijn opgenomen. De externe expertise werd dit keer aangeleverd door Mevr. Lisette Kuypers, onderzoekster bij de Nederlandse Rutgers WPF. Zij bood ons meer inzicht in de effecten van deelname aan seksonderzoek door jongeren. Tot slot sprak Mevr. Erika Frans van Sensoa over het zgn. vlaggensysteem, een methodiek die zowel het middenveld als professionals handvaten biedt voor het omgaan met seksueel gedrag van jongeren.

Door de talrijke opkomst (telkens ongeveer 80 deelnemers) en de positieve reacties op beide lezingen mogen we spreken van een succes.

*Fase 5: De ontwikkeling van de vragenlijst Sexpert II (juli 2011 – november 2011) en de dataverzameling*

In het kader van Sexpert II werden, gebaseerd op het finale meetinstrument voor Sexpert I, aangepaste vragenlijsten ontwikkeld voor de twee volgende studies: enerzijds het onderzoek naar de seksuele gezondheid van Marokkaanse en Turkse etnische minderheden (afgekort MTEM) en anderzijds de studie naar de seksuele gezondheid van seksuele minderheden (holebi).

MTEM: Van juli tot november 2011 vonden verschillende stuurgroepvergaderingen plaats met een aantal externe experts (voor MTEM: Mark Swyngedouw, Helga De Valk, Sünbul Karakaya en Noël Clycq). Dit gehele adaptatieproces alsook de methodologische strategie kreeg vorm in nauw contact met Sensoa-medewerkers Thomas Demyttenaere en Isabelle De Wulf.

De dataverzameling startte in december 2011 en werd afgerond in februari 2013. Alle interviews werden face-to-face, bij de respondenten thuis, afgenomen. Het Sexpert-team rekruteerde en trainde daartoe meer dan 60 interviewers. De vragenlijst en bevragsingsmethode (CAPI afgewisseld met CASI wat betreft de meer gevoelige gegevens) waren gelijkaardig aan deze die gebruikt werden in het bevolkingsonderzoek (Sexpert I).

Het MTEM-onderzoek resulteerde in een steekproef (N= 432), representatief voor de populatie van Vlamingen van Turkse afkomst (netto respons: 57%). Meer concreet ging het hierbij over personen tussen 14 en 60 jaar oud, wonend in het Vlaams

Gewest, van wie minstens één van beide ouders de Turkse nationaliteit had bij hun geboorte. Aangezien een veel lagere respons werd behaald in de steekproef van Marokkaanse afkomst (N= 132; netto respons: 26%), werd besloten deze laatste niet te selecteren voor verdere analyse. Om die reden wordt in wat volgt, bij de beschrijving van de resultaten uit dit luik van het onderzoek, ook uitsluitend verwezen naar de steekproef of het onderzoek naar de seksuele gezondheid van Vlamingen van Turkse afkomst, of ook 'mensen van Turkse origine' (MTO-onderzoek en -steekproef).

Holebi: In dezelfde periode werd ook het holebimeetinstrument aangepast op basis van expertmeetings en literatuurstudie. Hiertoe vonden twee expertmeetings plaats (Sensoa-medewerkers Sandra Van den Eynde, Chris Lambrechts, Mark Sergeant, Boris Cruyssaert en Leen van de Velde; en Wim Vandenberghe (Instituut voor Tropische Geneeskunde)). Marktonderzoeksbureau 'Kikof' was verantwoordelijk voor de programmatie van het holebimeetinstrument. De (online) dataverzameling van het holebiluik startte in november 2011 en werd afgerond in maart 2012. Dit leverde 3702 ingevulde vragenlijsten op, waarvan er 2468 ingevuld werden door personen die minstens één homo- of biseksuele component in hun leven erkennen (gedrag, verlangen en/of zelfidentificatie). Wanneer we het verder in de tekst hebben over de holebisteekproef of -dataset, verwijzen we naar deze subset van 2468 respondenten.

*Fase 6: De analyse van de onderzoeksresultaten van Sexpert I (maart 2012 – januari 2013)*

Vanaf maart 2012 werden de eerste ruwe onderzoeksgegevens ter beschikking gesteld van het onderzoeksteam, dat – o.a. op basis van het eigen literatuuronderzoek en de eerdere wenseninventarisatie bij de stakeholders – aan de slag ging met de eerste analyses. In het kader van de centrale publicatie 'Seksuele gezondheid in Vlaanderen' (Buysse et al. , 2013) werden verschillende stakeholders, allen expert in hun terrein, naderbij betrokken bij de analyses en rapportage van de data.

- De seksuele start: Sexpert-onderzoeker Katrien Symons en promotoren Mieke Van Houtte en Hans Vermeersch werkten samen met Lies Verhetsel (beleidsmedewerker Jongeren bij Sensoa)
- Reproductief welzijn: Sexpert-onderzoeker Joke Vandamme en promotoren Ann Buysse en Guy T'Sjoen werkten samen met Carine Vrancken (voorzitter LUNA, de overkoepelende Unie van de Nederlandstalige Abortuscentra) en Petra De Sutter (hoogleraar Gynaecologie en afdelingshoofd Reproductieve Geneeskunde UZGent)
- Seksuele disfuncties: Sexpert-onderzoeker Lies Hendrickx en promotor Paul Enzlin werkten samen met Ilse Penne (voorzitter Vlaamse Vereniging voor Seksuologie)
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag: Sexpert-onderzoeker Sabine Hellemans en promotor Ann Buysse werkten samen met Erika Frans (beleidsmedewerker Preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij Sensoa)

### *Fase 7: Het symposium (februari 2013)*

In februari 2013 kon het onderzoeksteam de eerste ‘deliverable’ van Sexpert voorleggen. Deze publicatie in boekvorm ‘Sexpert, Seksuele gezondheid in Vlaanderen’ (Buysse et al., 2013) werd op 8 februari 2013 voorgesteld op het symposium in het Vlaams Parlement te Brussel, in aanwezigheid van Minister Jo Vandeuren, Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De Sexpert-onderzoekers presenteerden die dag de belangrijkste Sexpert-bevindingen, waarna de aanwezige stakeholders in dialoog konden treden over deze resultaten. De presentaties van deze dag kunnen nagelezen worden op de Sexpert-website (<http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/nieuws/2013/verslag-symposium-8213/>), alsook in Bijlage 3 (5.3).

Het Sexpert-persbericht kreeg veel aandacht in de Vlaamse pers. Maar liefst zes krantenartikelen omtrent Sexpert verschenen op 8 februari 2013 in Vlaamse kranten. Daarnaast was er nog herhaaldelijke aandacht voor de onderzoeksresultaten in dag- en weekbladen (Humo, Knack, Primo TV). Deze artikelen vallen na te lezen op de Sexpert-website (<http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/nieuws/2013/persartikelen-symposium>) en in Bijlage 4 (5.4). Zowel het VRT- als VTM-journaal van 8 februari 2013 besteedden uitgebreid aandacht aan het symposium.

### *Fase 8: De implicaties van de resultaten/ontwikkeling voor beleidsaanbevelingen (april – oktober 2013)*

Na het symposium werden in de loop van april en mei 2013 vier *reflectiegroepen* georganiseerd, telkens rond één thema uit de beschikbare Sexpert-resultaten. Het doel hiervan was om stakeholders, zowel uit de zorg als het preventiewerk, samen te brengen rond deze inhoudelijke thema’s. De doelstellingen waren driedelig. Ten eerste wenste Sexpert elk thema te evalueren (‘Wat gaat rond dit thema goed in Vlaanderen en moet behouden blijven?’ en ‘Wat kan verbeterd worden en waarrond kunnen op basis van de onderzoeksgegevens aanbevelingen worden geformuleerd?’), steeds vertrekkend vanuit de beschikbare Sexpert-resultaten. Ten tweede wenste Sexpert onder de stakeholders ook uitvoerige input te verzamelen voor beleidsaanbevelingen, ter voorbereiding van de *strategie voor seksuele gezondheid* (een belangrijke deliverable van het project). De valorisatiemedewerkers zagen er op toe dat de stakeholders hun aanbevelingen telkens staaften met Sexpert-resultaten (‘Gezien Sexpert aantoonde dat..., kunnen we besluiten/aanbevelen tot...’). Tot slot konden de stakeholders de activiteiten van hun eigen organisatie omtrent de besproken thema’s oplijsten in een fiche. Indien gewenst, kon men in deze fiches tevens vrijblijvend nadenken over toekomstige activiteiten die de organisatie zou kunnen opnemen of organiseren op basis van de Sexpert-resultaten. Deze fiches kunnen ook geraadpleegd worden in dit eindverslag in Bijlage 5 (5.5).

De verontschuldigde zowel als de aanwezige stakeholders ontvingen de verslaggeving van deze reflectiegroepen en kregen de tijd om via een online discussieforum (Basecamp©) verder met elkaar in discussie te treden omtrent de besproken thema’s.

Op basis van de input van deze groepen en de online discussie, schreef het Sexpert-consortium een eerste aanzet voor de strategie voor seksuele gezondheid. In de loop van november en december 2013 werd dit teruggekoppeld naar de stakeholders.

*Fase 9: De verdere verspreiding van meer diepgaande analyses via fact sheets (maart – december 2013)*

Na het publiceren van de Sexpert I-resultaten in het boek, voerde het onderzoeksteam verdere, meer diepgaande analyses uit en dit zowel op de Sexpert I- als de Sexpert II-data. Een gelijkaardige publicatie als voor de beschrijvende data uit Sexpert I was binnen de projectduur helaas niet mogelijk. Via de Sexpert-website werden op regelmatige basis ‘fact sheets’ gepubliceerd. Deze ‘fact sheets’ werden geschreven opdat ze begrijpelijk zouden zijn voor een lekenpubliek en vormden ofwel een samenvatting van een A1-publicatie van een onderzoeker, ofwel een samenvatting van aanvullende uitgevoerde analyses. Deze fact sheets kan men terugvinden op de Sexpert-website (<http://www.sexper-vlaanderen.ugent.be/sexpert-resultaten/fact-sheets/>), alsook in Bijlage 6 (5.6).

*Fase 10: De latere media-aandacht en -acties van Sexpert*

Naar het einde van het project toe bleek dat de de Sexpert-resultaten belangrijk zijn en zullen blijven voor Vlaanderen. Op 23 oktober 2013 zond een marketingbureau een persbericht uit met de boodschap dat, op basis van hun onderzoekscijfers, één op drie Vlaamse mannen zou lijden aan vroegtijdige zaadlozing. Het bleek echter snel dat een farmaceutische firma achter deze campagne zat met als doel een ‘disease awareness’-campagne te starten voor hun product tegen deze seksuele klacht. De Sexpert-promotoren konden deze farmaceutische campagne corrigeren in de pers omdat zij beschikten over wetenschappelijke Vlaamse prevalentiecijfers voor vroegtijdige zaadlozing. Ook dit krantenartikel kan nagelezen worden op de Sexpert-website (<http://www.sexper-vlaanderen.ugent.be/nieuws/2013/sexpert-countert-farmacampagne/>) en in Bijlage 4 (5.4).

*Doorheen alle fasen: De nieuwsbrief – de website – de persoonlijke contactmomenten*

Uiteraard bleven de valorisatiemedewerkers gedurende alle bovengenoemde fasen van Sexpert I en II beschikbaar voor persoonlijke contactmomenten met de stakeholders. Via regelmatige nieuwsbrieven en de website [www.sexper-vlaanderen.be](http://www.sexper-vlaanderen.be) werden ook alle stakeholders en sympathisanten van het project regelmatig op de hoogte gehouden van vorderingen binnen het project.

### 3 Een unieke bijdrage in het wetenschappelijk onderzoek naar seksuele gezondheid in Vlaanderen

Voor het eerst in Vlaanderen werd op **wetenschappelijke wijze** de seksuele gezondheid van de Vlaming onderzocht en dit zowel in de algemene bevolking (Sexpert I) als in etnische en seksuele minderheidsgroepen (Sexpert II). Sexpert I bestond uit een bevolkingsstudie met een representatieve steekproef uit de Vlaamse bevolking (in totaal 1832 respondenten tussen 14 en 80 jaar oud).

Sexpert II richtte zich enerzijds op een steekproef van Vlamingen van Turkse of Marokkaanse origine, wat uiteindelijk resulteerde in een bruikbare steekproef van 432 respondenten van Turkse origine (MTO). Anderzijds werd in deze vervolgstudie een steekproef van holebi-respondenten online bevraagd. Dit luik van het onderzoek resulteerde in een bruikbare steekproef van 2468 respondenten die minstens één homoseksuele, lesbische of biseksuele component (gedrag, fantasie, verlangen of zelfbenoeming) in hun leven erkennen. In de Sexpert II-studie hanteerden we nagenoeg hetzelfde meetinstrument als in Sexpert I, zij het in gereduceerde vorm wat betreft de online bevraging van holebi-respondenten. Daarnaast kozen we, wat betreft het onderzoek bij etnische minderheden, over de hele lijn voor een analoge methodologie als deze gehanteerd in Sexpert I (zie ook paragraaf 2.2, p. 8-10 voor een meer uitvoerige bespreking).

Tot op heden waren de beschikbare data met betrekking tot de seksuele gezondheid gedateerd, gefragmenteerd, niet representatief of gebaseerd op kleinschalige studies of registraties. Sexpert levert een belangrijke wetenschappelijke bijdrage aan het werken rond seksuele gezondheid op verschillende domeinen. De verzamelde gegevens illustreren en onderbouwen een aantal bestaande strategische keuzes en concrete interventies. Ze vormen echter ook een basis voor nieuwe interventies die kunnen bijdragen tot het bevorderen van de seksuele gezondheid, het bestrijden van seksueel misbruik, het identificeren van seksuele problemen en disfuncties, enz.

Door de **kwaliteitsvolle manier van bevragen** levert Sexpert tevens **innovatieve inzichten** met betrekking tot de seksuele beleving van de Vlaming. Deze gegevens nuanceren het bestaande beeld op zeer uiteenlopende terreinen. Zo werd voor het eerst gevraagd aan vrouwen én mannen of hun meegemaakte zwangerschappen gepland waren en in welke mate ze deze als (initieel) ongewenst beleefden. De resultaten tonen aan hoe de beleving van zwangerschappen kan evolueren. Het onderzoek levert op die manier een veel correcter beeld van de beleving van zwangerschappen in Vlaanderen, dan dat het louter de prevalentie van abortus aangeeft (wat tot hiertoe de enige beschikbare indicator was voor de beleving van de zwangerschap).

Daarnaast werd bij het peilen naar seksueel grensoverschrijdende ervaringen een onderscheid gemaakt tussen ervaringen vóór 18 jaar én na 18 jaar. De verschillen die hier blijken te bestaan in aard en voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag, leveren belangrijke inzichten voor de preventie en hulpverlening. Een andere

unieke toevoeging van Sexpert is dat er ook werd gekeken naar de duur van het traject tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap. Deze tijdspanne kan een indicatie zijn van de mate waarin men de tijd heeft genomen om te experimenteren met andere, minder intieme vormen van seksueel gedrag alvorens over te gaan tot geslachtsgemeenschap.

Bovendien maakte Sexpert in het meetinstrument een onderscheid tussen seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties, wat een genuanceerd beeld oplevert van de beleving van seksuele moeilijkheden. Niet elke seksuele klacht wordt namelijk als een probleem gepercipieerd door het individu, de partner of het koppel. Door deze genuanceerde bevraging kon Sexpert de problematisering van normale variatie in seksueel functioneren vermijden, terwijl tegelijkertijd accurate prevalentiecijfers beschikbaar werden.

Tot slot benaderde de Sexpert-studie, door haar uitzonderlijke multidisciplinaire opzet, seksuele gezondheid vanuit uiteenlopende disciplines. Het onderzoek levert niet alleen unieke informatie op wat betreft een brede waaier aan seksuele gezondheidsindicatoren, maar het biedt ook inzicht in een waaier aan demografische, socio-economische en culturele, individuele en relationele psychologische en biomedische kenmerken (waaronder hormonale en genetische data), en hun samenhang met de onderzochte seksuele gezondheidsindicatoren.

Sexpert kan en zal dan ook een duidelijke bijdrage leveren aan de verdere verfijning van het beleid rond seksuele gezondheid in Vlaanderen.

## 4 Seksuele gezondheid bij de gemiddelde Vlaming: resultaten, activiteiten en beleidsaanbevelingen

### 4.1 Matrix

**Statistische leeswijzer:** Om een overzichtelijk maar toch correct inzicht in de cijfers te bekomen, hebben we ervoor gekozen om enkel die verschillen of verbanden die statistisch significant zijn in de tekst te bespreken. Dat betekent dat we met 95%, 99% of 99.9% betrouwbaarheid kunnen stellen dat het gevonden verband of verschil ook in de populatie kan worden vastgesteld of, omgekeerd, dat we met 95%, 99% of 99.9% betrouwbaarheid kunnen stellen dat er geen verschillen bestaan tussen verschillende steekproeven of groepen. Dit principe wordt overal in de tekst toegepast, zowel wat betreft de verschillen of gelijkenissen tussen de verschillende onderzoeksluiken of steekproeven (representatieve bevolkingsstudie versus holebisteekproef versus MTO<sup>3</sup>-steekproef), als wat betreft de verschillen of gelijkenissen binnen deze steekproeven (bv. tussen mannen en vrouwen, tussen leeftijdsgroepen,...).

Indien voor een bepaald thema geen vergelijking wordt gemaakt met de holebi- of MTO-studie, betekent dit dat de groep te klein was om tot betrouwbare schattingen te komen, of dat de meetinstrumenten niet helemaal overeenkwamen. In deze gevallen was het onmogelijk om de vergelijking met de bevolkingsstudie te maken.

<b>I. SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG</b>	
	<p><b>SEXPERT-RESULTATEN</b></p> <p>Hieronder worden de resultaten omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag voor de bevolkingssteekproef, de holebisteekproef en de MTO-steekproef samengevat. Verdere details omtrent dit thema in de bevolkingssteekproef kunnen worden nagelezen in het hoofdstuk ‘Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag’ (Hellemans &amp; Buysse in Buysse et al., 2013, p. 217-236).</p> <p>Wij vermelden enkel statistisch significante verschillen en verbanden, waardoor voor bepaalde subthema’s een vergelijking met de holebi- en/of de MTO-studie niet aan de orde is.</p>

Ia.	<p><b>De prevalentiecijfers van SGG:</b></p> <p>In de bevolkingsstudie heeft 16.6% van de respondenten minimaal één vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) meegemaakt vóór de leeftijd van 18 jaar. Vrouwen zijn daarbij vaker met SGG geconfronteerd dan mannen (22.3% tegenover 10.7%). Van de volwassen respondenten (18 of ouder) rapporteert 8.1% ervaring met SGG na de leeftijd van 18 jaar (13.8% van de vrouwen tegenover 2.4% van de mannen).</p> <p>In de halebistudie heeft 27% van de respondenten minimaal één vorm van SGG meegemaakt vóór de leeftijd van 18 jaar. Net als in de bevolkingsstudie zijn vrouwen in deze groep vaker met SGG geconfronteerd dan mannen (39% tegenover 20%). Van de volwassen respondenten (18 of ouder) rapporteert 15% ervaring met SGG na de leeftijd van 18 jaar (17% van de vrouwen tegenover 13% van de mannen).</p> <p>In de MTO-studie heeft 4.2% van de respondenten minimaal één vorm van SGG meegemaakt vóór de leeftijd van 18 jaar. Net als in de bevolkingsstudie werden vrouwen in deze groep vaker met SGG geconfronteerd dan mannen (6% tegenover 2.3%). Van de volwassen respondenten (18 of ouder) rapporteert 1.4% ervaring met SGG na de leeftijd van 18 jaar.</p>
Ib.	<p><b>De specifieke vormen van SGG:</b></p> <p>In de bevolkingsstudie is de meest frequent voorkomende vorm van SGG <b>vóór de leeftijd van 18 jaar</b> het krijgen van een kwetsende seksuele opmerking (aangeduid door 14% van alle meerderjarige respondenten), en zijn de minst frequent voorkomende vormen het gedwongen worden om naar seksuele beelden te kijken (2.2%) en verkrachting (2.3%). Wanneer we kijken naar de specifieke vormen <b>na de leeftijd van 18 jaar</b>, blijft het meest frequent voorkomende SGG het krijgen van een kwetsende seksuele opmerking (10%) en zijn de minst frequente vormen ook hier het gedwongen te worden om naar seksuele beelden te kijken (1.2%) en het gedwongen worden tot masturbatie (1.4%).</p> <p>In de halebistudie is de meest frequent voorkomende vorm van SGG <b>vóór de leeftijd van 18 jaar</b> het wel eens gekregen hebben van een kwetsende seksuele opmerking (37%), en zijn de minst frequente vormen het gedwongen worden om naar seksuele beelden te kijken (3%), gedwongen worden tot masturbatie (6%) en verkrachting (6%). Wanneer we kijken naar de specifieke vormen <b>na de leeftijd van 18 jaar</b>, blijft de meest frequente gebeurtenis in de halebistudie het krijgen van een kwetsende seksuele opmerking (31%) en zijn de minst frequente vormen gedwongen worden om naar seksuele beelden te kijken (1%) en gedwongen worden tot masturbatie (2%).</p>



Ic.	<p><b>De meest ingrijpende gebeurtenis: de relatie met geweldpleger.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie is de geweldpleger zowel vóór als na 18 jaar dikwijls één persoon en een bekende voor het slachtoffer. Bij mannen is de pleger <b>vóór de leeftijd van 18 jaar</b> vooral een onbekende (20.4%) of een kennis (19.8%); bij vrouwen gaat het dan vooral om een familielid/huisgenoot (31.3%) of een kennis (27%). Bij mannen <b>na de leeftijd van 18 jaar</b> betreft de pleger vooral een vriend(in) (31.2%) of een kennis (20.2%); bij vrouwen is het meestal een ex-partner (30.3%) of een partner (22.5%).</p> <p>In de holebistudie is de geweldpleger ook meestal een bekende, maar dit is vaker het geval bij slachtoffers jonger dan 18 jaar dan bij slachtoffers ouder dan 18 jaar. <b>Vóór de leeftijd van 18 jaar</b> is de geweldpleger vooral een collega/klasgenoot (aangeduid door 37% van de mannelijke slachtoffers tegenover 8% van de vrouwen), een familielid (19% bij de mannen tegenover 30% bij vrouwen) of een kennis (16%). In één op vier gevallen van SGG vóór 18 jaar bij holebi's gaat het om een onbekende (23%). <b>Na de leeftijd van 18 jaar</b> gaat het bij zowel mannen als vrouwen in de holebistudie in één op twee gevallen om een onbekende (48%). In de andere situaties betreft de pleger vooral een collega/klasgenoot (28% van de mannen en 16% van de vrouwen), een kennis (16%), een vriend(in) (12%) of een ex-partner (9% van de mannen en 18% van de vrouwen).</p>
Id.	<p><b>De meest ingrijpende gebeurtenis: eenmalig versus herhaaldelijk.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie heeft het merendeel van de respondenten die SGG rapporteren dit in één levensfase meegemaakt. <b>Vóór de leeftijd van 18 jaar</b> is de meest ingrijpende gebeurtenis voor 71% van de mannelijke slachtoffers een eenmalig feit, tegenover 61% van de vrouwelijke slachtoffers. Voor respectievelijk 28% (mannen) en 39% (vrouwen) gaat het om herhaaldelijke feiten voor de leeftijd van 18 jaar. <b>Na de leeftijd van 18 jaar</b> is de meest ingrijpende gebeurtenis voor 75% van de mannen en 57% van de vrouwen een eenmalig feit, terwijl er voor 25% van de mannen en 43% van de vrouwen sprake was van herhaaldelijke feiten.</p> <p>Daarnaast zien we dat respondenten die vóór de leeftijd van 18 jaar geconfronteerd werden met SGG, na de leeftijd van 18 jaar vaker opnieuw geconfronteerd worden met SGG dan respondenten die vóór de leeftijd van 18 jaar geen SGG meemaakten.</p> <p>In de holebistudie ligt de verhouding tussen eenmalige en herhaaldelijke feiten anders dan in de bevolkingsstudie: in ongeveer de helft van de gevallen gaat het om een eenmalig feit, in de andere helft om een herhaaldelijk feit.</p> <p>Ook in deze groep zien we dat de respondenten die vóór de leeftijd van 18 jaar geconfronteerd werden met SGG, na de leeftijd van 18 jaar vaker opnieuw geconfronteerd worden met SGG dan respondenten die vóór de leeftijd van 18 jaar geen SGG meemaakten.</p>

Ie.	<p><b>De meest ingrijpende gebeurtenis: de leeftijd.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie waren respondenten die SGG vóór 18 jaar rapporteerden gemiddeld 13 jaar oud indien ze eenmalig met SGG werden geconfronteerd. Indien ze herhaaldelijk SGG meemaakten, waren ze gemiddeld 11 jaar oud bij de eerste keer en 14 jaar bij de laatste keer. Bij jongens start SGG gemiddeld twee jaar vroeger dan bij meisjes (9 jaar vs. 12 jaar). Respondenten die eenmalig met SGG geconfronteerd werden na de leeftijd van 18 jaar, waren gemiddeld 23 jaar oud. Respondenten die herhaaldelijk met SGG te maken kregen, waren de eerste keer gemiddeld 26 jaar oud bij de eerste keer en 32 jaar bij de laatste keer; hier waren geen geslachtsverschillen.</p> <p>In de halebistudie verschilt de leeftijd waarop respondenten SGG rapporteren van de bevolkingsstudie en dit zowel voor feiten ervaren vóór als na 18 jaar. In de halebistudie waren respondenten die SGG vóór 18 jaar rapporteerden gemiddeld 14 jaar oud indien ze eenmalig met SGG werden geconfronteerd. Indien ze herhaaldelijk slachtoffer waren, hadden meisjes gemiddeld de leeftijd van 12 jaar oud bij de eerste keer en 15 jaar bij de laatste keer, terwijl SGG in deze steekproef bij jongens gemiddeld één jaar later start (13 tot 16 jaar). Respondenten die eenmalig met SGG geconfronteerd werden na de leeftijd van 18 jaar, waren gemiddeld 24 jaar oud (vrouwen) of 26 jaar oud (mannen). Respondenten die herhaaldelijk met SGG te maken kregen, waren gemiddeld 22 jaar oud bij de eerste keer en 30 jaar bij de laatste keer.</p>
If.	<p><b>De meest ingrijpende gebeurtenis: de openheid over SGG.</b></p> <p>Uit de bevolkingsstudie leren we dat indien de meest ingrijpende gebeurtenis plaatsvond vóór 18 jaar, 58% van de respondenten ook met anderen heeft gepraat over dit feit; mannen (42%) doen dit minder vaak dan vrouwen (65%). Wanneer de meest ingrijpende gebeurtenis heeft plaatsgevonden na 18 jaar, spreekt 55% erover. Hier vinden we geen verschil tussen mannen en vrouwen.</p>
Ig.	<p><b>De gezondheidscorrelaten.</b></p> <p>Uit de bevolkingsstudie blijkt dat respondenten die vóór 18 jaar SGG ervoeren, hun huidige fysieke en mentale gezondheid als minder goed beschouwen dan respondenten die geen SGG hebben meegemaakt. Respondenten die na de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, schatten hun huidige fysieke en mentale gezondheid niet negatiever in dan respondenten die geen SGG meemaakten.</p>

Ih.	<p><b>Het verband tussen SGG vóór 18 jaar en het seksueel functioneren:</b></p> <p>In de bevolkingsstudie vinden we dat slachtoffers van SGG gemiddeld een jaar vroeger dan niet-slachtoffers voor de eerste keer seks hebben. We vinden geen verschil in het aantal sekspartners. Respondenten die vóór 18 jaar SGG meemaakten, zijn even tevreden over hun seksleven en vinden seks even belangrijk in vergelijking met respondenten die geen SGG hebben meegemaakt.</p> <p>Ook in de holebistudie hebben slachtoffers van SGG gemiddeld een jaar vroeger voor de eerste keer seks of geslachtsgemeenschap, vergeleken met andere respondenten. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. In deze groep vinden we wel een verschil in het aantal sekspartners: slachtoffers van SGG hebben een groter aantal sekspartners dan respondenten die geen SGG meegemaakt hebben. Verder zijn er in de holebistudie geen verschillen tussen slachtoffers van SGG en andere respondenten wat betreft de tevredenheid over hun seksleven en het belang dat men hecht aan seks.</p>
	<p><b>BESTAANDE VLAAMSE ACTIVITEITEN</b></p> <p>Voorbeelden van initiatieven die in Vlaanderen op dit moment rond ‘seksueel grensoverschrijdend gedrag’ lopen, zijn:</p>
I.	<p><i>Initiatieven m.b.t. de preventie van SGG</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Raamwerk Seksualiteit en Beleid: reikt de bouwstenen (modelvisie, uitgewerkte beleidsmatrix en concrete instrumenten en achtergrondinformatie) aan die elke organisatie nodig heeft om rond SGG een beleid op te kunnen bouwen of om dit bij te schaven.</li> <li>- Vlaggensysteem: dit is een theoretisch onderbouwde en in de praktijk uitgeteste pedagogische interventie met zes criteria voor seksueel gezond én seksueel grensoverschrijdend gedrag, dat professionals helpt om een passende reactie te kunnen formuleren.</li> <li>- Educatieve materialen rond SGG</li> <li>- Nationaal actieplan ter bestrijding van partnergeweld en andere vormen van intra-familiaal geweld</li> <li>- Vlaams Forum Kindermishandeling: dit forum creëert een Vlaamse bovenstructuur die de goede praktijken en knelpunten in de samenwerking tussen politie, justitie en hulpverlening rond kindermishandeling bespreekt, de brede bevolking sensibiliseert en hulpverleners/politie/justitie ondersteunt in hun aanpak.</li> <li>- Online informatieaanbod over SGG voor jongeren en het algemene publiek</li> <li>- Engagementsverklaring van het onderwijs ter bescherming van de seksuele integriteit van de minderjarige in het onderwijs</li> </ul>

II.	<p><i>Initiatieven m.b.t. de zorg en hulpverlening rond SGG</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meldpunt geweld, misbruik en kindermishandeling (1712)</li> <li>- Vertrouwenscentrum Kindermishandeling</li> <li>- Diensten voor Slachtofferhulp</li> <li>- Hulpverleningsaanbod (telefonisch en online) voor kinderen en jongeren</li> <li>- Begeleidings- en behandelingsaanbod voor plegers van SGG en voor personen die vrezen SGG te plegen</li> <li>- Online informatieaanbod voor de systeemleden (kinderen, ouders en partners) van plegers van SGG</li> </ul>
	<p><b>BELEIDSAANBEVELINGEN</b></p> <p>De Sexpert-stakeholders formuleren onderstaande beleidsaanbevelingen:</p>
I.	<p><i>Het is wenselijk om het algemene publiek te informeren en te sensibiliseren rond seksueel grensoverschrijdend gedrag.</i> Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het creëren van meer maatschappelijk bewustzijn rond de mildere vormen van SGG</li> <li>- het opnemen van rol doorbrekende boodschappen in campagnes (ook mannen zijn slachtoffer en vrouwen zijn dader)</li> <li>- het bekendmaken van initiatieven die zich richten naar familie/partners van plegers van SGG</li> <li>- het informeren en ondersteunen van ouders bij de opvoeding</li> </ul>
II.	<p><i>Het is aan te bevelen de hulpverlening beter toegankelijk te maken en het bestaand hulpverleningsaanbod uit te breiden.</i> Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de toegang tot hulp binnen het onderwijs voor jongeren laagdrempeliger maken, bv. via CLB's</li> <li>- de hulpverlening af te stemmen op jongens/mannen, binnen een continuering van de reeds bestaande zorg aan vrouwen</li> <li>- meer aandacht en middelen besteden aan jonge plegers</li> <li>- het aanpassen van internationaal beschikbare <i>good clinical practices</i>, zoals bv. Kwaliteitskader Voorkomen Seksueel misbruik jeugd-zorg (Nederland), aan de Vlaamse situatie en het implementeren van beschikbare rapporten, zoals bv. het Rapport Geweld, gemeld en geteld (Kinderrechtencommissariaat)</li> </ul>

III.	<p><i>Binnen de deskundigheidsbevordering van intermediairs<sup>4</sup> is het wenselijk om:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voldoende aandacht te besteden aan het leren herkennen van signalen van jongeren, een eerste gesprek aangaan, goede opvolging en doorverwijzing verzorgen</li> <li>- in de basisopleidingen van intermediairs voldoende aandacht te besteden aan kennisverwerving omtrent seksualiteit, seksuele ontwikkeling, seksueel grensoverschrijdend gedrag en weerbaarheid, alsook om het aanleren van gepaste attitudes en communicatievaardigheden</li> <li>- structurele contracten af te sluiten met werknemers (bv. scholen, sportclubs, bedrijven enz.), zoals ‘een bedrijf zonder SGG’ (naar analogie van scholen zonder racisme)</li> <li>- de samenwerking tussen de sectoren welzijn, onderwijs, gezondheid en justitie - zowel binnen preventie als zorg- te ondersteunen en te bevorderen door de oprichting van een overlegplatform</li> </ul>
IV.	<p><i>Jongeren zijn een kwetsbare groep met betrekking tot SGG. Het is dan ook wenselijk om:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in het onderwijs voldoende aandacht te besteden aan SGG binnen de relationele en seksuele vorming</li> <li>- reeds op jonge leeftijd te starten met het werken rond SGG (vanaf de kleuterleeftijd)</li> <li>- jongeren onderhandelings- en communicatievaardigheden aan te leren</li> <li>- de methodiek Vlaggensysteem te integreren in het onderwijs</li> <li>- initiatieven te ontwikkelen rond impulscontrole en agressiebeheersing bij jongeren</li> <li>- de meldingsbereidheid en meldingsmogelijkheden over ervaringen met SGG te verhogen</li> <li>- de bestaande kanalen van opvang en hulpverlening beter bekend te maken bij jongeren</li> </ul>

4 Artsen, onderwijzend personeel, CLB-medewerkers, sporttrainers, verpleegkundigen, vroedvrouwen, jeugdwerkers, ouders, enz.

V.	<p><i>Er is een nood aan meer gegevens over en inzichten in SGG. Het is dan ook wenselijk om binnen het wetenschappelijk onderzoek aandacht te besteden aan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- het profiel van de plegers van SGG</li><li>- de beschermende factoren m.b.t. SGG</li><li>- de noden van de slachtoffers van aanranding/verkrachting</li><li>- het belang van gender en seksuele oriëntatie</li><li>- prevalentie en beleving van zwangerschap na SGG</li><li>- bestaande weerstanden en verbeteren van attitudes bij professionals die werken met seksualiteit en SGG</li><li>- de rol van internet en online SGG en werkzame preventie hier rond</li><li>- effectieve methodes om personeel te screenen en te evalueren op vlak van SGG</li></ul>
----	---

	<b>II. DE SEKSUELE START</b>
	<p><b>SEXPERT-RESULTATEN</b></p> <p>Hieronder worden de resultaten omtrent de seksuele start voor de bevolkingssteekproef, de holebisteekproef en de MTO-steekproef samengevat. Verdere details omtrent dit thema in de bevolkingssteekproef kunnen worden nagelezen in het hoofdstuk ‘De seksuele start’ (Symons, Van Houtte &amp; Vermeersch in Buysse et al., 2013, p. 119-150).</p> <p>Wij vermelden enkel statistisch significante verschillen en verbanden, waardoor voor bepaalde subthema’s een vergelijking met de holebi- en/of de MTO-studie niet aan de orde is.</p>
IIa.	<p><b>De eerste keer: de leeftijd.</b></p> <p>Uit de bevolkingsstudie blijkt dat de leeftijd waarop de eerste keer ervaren wordt, afgenomen is over de generaties heen. Er zijn wel aanwijzingen dat deze dalende trend stagneert over de afgelopen twee decennia. Aangezien de huidige generatie jongeren nog niet volledig seksueel actief is, kunnen we dit nog niet met zekerheid zeggen. De dalende trend wordt sterk bepaald door twee gelijktijdige processen: bij de oudere generaties zijn de relatief late starters veel later gestart dan de gemiddelde starters enerzijds, en bij de jongere generaties zijn de relatief vroege starters veel vroeger gestart dan de gemiddelde starters anderzijds. In de bevolkingsstudie vinden we dat vrouwen vroeger met geslachtsgemeenschap starten dan mannen, al bedraagt het verschil slechts enkele maanden.</p> <p>In de holebistudie stemt de gemiddelde leeftijd waarop zowel mannen als vrouwen hun eerste keer beleven, helemaal overeen met de leeftijden uit de bevolkingsstudie. Ook in de holebistudie is een dalende trend (lagere startleeftijd bij jongere generaties respondenten) aanwezig bij zowel mannen als vrouwen. In deze groep beleven vrouwen gemiddeld genomen hun eerste keer één jaar vroeger dan mannen.</p> <p>In de MTO-studie zien we enkel een generatie-effect bij de mannen: in de jongste groep (18-29) is de leeftijd bij de eerste keer iets lager (gemiddeld 17 jaar) dan in de oudere groepen (30-tot 60-jarigen), waar mannen gemiddeld genomen zijn gestart op 18 jaar. Net als in de bevolkingsstudie en de holebistudie zien we hier geslachtsverschillen: in deze groep zijn vrouwen gemiddeld twee jaar ouder bij de eerste geslachtsgemeenschap (gemiddeld gestart op 20 jaar). Mannen uit de MTO-studie starten dus wel op dezelfde leeftijd met geslachtsgemeenschap als mannen uit de bevolkingsstudie, terwijl vrouwen uit de MTO-studie gemiddeld genomen ouder zijn bij hun eerste keer dan vrouwen uit de bevolkingsstudie.</p>

<p>IIb.</p>	<p><b>De eerste keer: het seksuele traject.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie doen de jongere generaties gemiddeld genomen even lang over het traject van de eerste tongzoen tot de eerste geslachtsgemeenschap als de oudere generaties (2.7 jaar). De jongeren van vandaag starten dus misschien wel vroeger met geslachtsgemeenschap dan de jongeren van enkele generaties geleden maar zij zijn er niet noodzakelijk minder klaar voor. We vinden wel verschillen wat betreft het leeftijdsverschil met de eerste partner en de duur van het seksuele traject: bij vroege starters is het leeftijdsverschil met de eerste partner gemiddeld genomen groter en de tijd die verstrijkt sinds de eerste tongzoen korter. Gemiddeld genomen beleven vroege starters hun eerste keer ook minder positief dan late starters, en geven ze ook aan dat ze er minder klaar voor waren.</p> <p>In de holebistudie is de duur van het seksuele traject identiek aan deze in de bevolkingsstudie. Vroege starters hebben ook minder het gevoel er klaar voor te zijn. Vroeg startende vrouwen hebben hun eerste keer ook minder positief beleefd, terwijl we bij mannen geen verschil vinden in beleving. Ook is de duur van het seksuele traject korter bij vroege starters (mannen en vrouwen). We vinden geen verschil wat betreft de leeftijd van de partner, tenzij bij de mannelijke late starters (21 jaar of ouder): daar is de partner vaker even oud.</p> <p>In de MTO-studie is de duur van het seksuele traject gemiddeld genomen korter bij vrouwen én mannen (1.3 versus 2.7 jaar). Binnen deze groep blijkt er wel een generatie-effect. In de jongste groep mannen (18-29) is het seksuele traject langer dan in de oudere groepen (30- tot 60-jarigen). In de jongste groep vrouwen vinden we dit langere seksuele traject niet terug (een seksueel traject van gemiddeld 1 jaar).</p>
<p>IIc.</p>	<p><b>De eerste keer: de sociale context.</b></p> <p>We merken op dat de timing van de eerste keer verband houdt met de <b>sociale context</b> waarin men opgroeide. Uit de bevolkingsstudie blijkt dat naarmate men hoger is opgeleid, en in mindere mate ook naarmate de ouders hoger zijn opgeleid, men pas later is gestart met geslachtsgemeenschap. De huidige generatie jongeren uit het BSO hebben vroeger geslachtsgemeenschap dan jongeren uit het ASO; het TSO ligt ertussenin.</p>



**IId. De eerste keer: de beleving.**

De bevolkingsstudie toont dat de eerste keer voor de meeste Vlamingen een *positieve ervaring* is, en voor mannen nog iets positiever dan voor vrouwen. De meerderheid heeft ook het gevoel er toen klaar voor geweest te zijn. Het feit dat voor ongeveer de helft van de vrouwen de eerste keer een pijnlijke ervaring was zou een verklaring kunnen zijn waarom de eerste keer voor vrouwen doorgaans minder positief ervaren wordt, maar ook wanneer er rekening wordt gehouden met de factor pijn blijven er verschillen in beleving aanwezig.

Ook in de holebistudie geeft de meerderheid van de respondenten (zowel mannen als vrouwen) aan dat de eerste keer een *positieve ervaring* is. Ongeveer één op drie in deze groep rapporteert pijn bij de eerste keer (zowel mannen als vrouwen). Net als in de bevolkingsstudie evalueren respondenten die pijn hebben ervaren de eerste keer als een minder positieve ervaring dan degenen die geen pijn hebben ervaren.

In de MTO-studie is de algemene beleving van de eerste keer zowel bij mannen als vrouwen minder positief dan in de bevolkingsstudie en de holebistudie. Vrouwen én mannen van Turkse origine voelen zich minder vaak klaar voor de eerste keer (39% en 62%) in vergelijking met vrouwen en mannen uit de bevolkingsstudie (76% en 59%). In de groep van Turkse origine hangt een eerder tot zeer negatieve beleving van de eerste keer erg samen met de ervaring van pijn. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat het verbod op geslachtsgemeenschap vóór het huwelijk leidt tot een korter seksueel traject bij vrouwen van Turkse origine. Doordat zij een korter seksueel voortraject kennen, hebben zij dus minder tijd om seksueel te experimenteren, wat ertoe zou kunnen leiden dat deze vrouwen zich minder klaar voelen bij de eerste keer. Een situatie van zich minder klaar voelen en het gebrek aan ervaring maakt dat er veel spanning kan ontstaan, wat zich ook kan vertalen in een verhoogde spanning in de bekkenbodemspieren, wat dan weer de kans vergroot op een pijnlijke eerste keer én een negatieve evaluatie achteraf. Dit verband tussen pijn en een minder positieve evaluatie van de eerste keer is aanwezig in zowel de MTO-studie als in de bevolkingsstudie.

Ile.	<p><b>De eerste keer: bloedverlies.</b></p> <p>De bevolkingsstudie toont dat de helft van de vrouwen (59%) en een kleine minderheid (3%) van de mannen bloedverlies rapporteert bij de eerste keer. De vrouwen die bloedverlies rapporteren, ervaren ook meer pijn tijdens de eerste keer én evalueren de eerste keer nadien minder positief.</p> <p>In de holebistudie rapporteren vrouwen minder vaak (23%) en mannen vaker (5%) bloedverlies, in vergelijking met de bevolkingsstudie.</p> <p>In de MTO-studie rapporteren vrouwen vaker bloedverlies in vergelijking met vrouwen in de bevolkingsstudie (83% tegenover 59%). Vrouwen van Turkse afkomst die bloedverlies rapporteren, hebben, net als de vrouwen uit de bevolkingsstudie, hun eerste keer vaker als pijnlijk én als minder positief ervaren dan vrouwen die geen bloedverlies rapporteren. Zoals ook eerder aangehaald kan een mogelijke verklaring zijn dat een korter seksueel traject leidt tot zich minder klaar voelen voor de eerste keer, wat aanleiding kan geven tot een meer negatieve evaluatie daarvan. Bij de interpretatie van dit verschil mag de culturele betekenis van ‘bloedverlies bij de eerste keer’ als een bewijs van maagdelijkheid binnen de Turkse cultuur niet uit het oog worden verloren. De kans bestaat dat het gevonden verschil ook te maken heeft met het sociaal wenselijk beantwoorden van deze vraag.</p>
IIf.	<p><b>De eerste keer: anticonceptiegebruik.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie zien we dat anticonceptiegebruik bij de eerste keer voor de oudere generaties nog ongebruikelijk is, terwijl dit voor de jongere generaties eerder standaard is geworden. Ter illustratie, 67% van de 50-64 jarigen gebruikte geen veilige anticonceptiemethode bij de eerste keer tegenover slechts 10% bij de 18-29 jarigen. Bovendien gebruikte binnen deze groep 18-29 jarigen 32% de ‘double Dutch-methode’, of de combinatie van pil en condoom.</p>
IIg.	<p><b>De eerste keer: veilig of onveilig.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie gebeurt de eerste keer bij de vroege starters niet vaker onveilig dan bij de latere starters.</p> <p>In de holebistudie gebeurt de eerste keer bij vroege starters (14 jaar en jonger) iets vaker onveilig.</p> <p>In de MTO-studie verloopt de eerste keer minder vaak veilig (d.w.z. gebruik van de pil, condoom of beide) in vergelijking met de bevolkingsstudie (55% tegenover 60%). In deze groep zien we tevens een generatie-effect: in de jongste groep (18-29) gebruikt men vaker een veilige methode in vergelijking met de dertigers of veertigers. Ook zijn er geslachtsverschillen in de MTO-groep: de eerste keer verloopt bij vrouwen vaker veilig dan bij mannen.</p>

**IIh. De timing van en partner bij de eerste keer: het verband met de kenmerken van de latere seksuele gezondheid.**

In de bevolkingsstudie kan de timing van de eerste keer ook in verband gebracht worden met de kenmerken van de latere seksuele gezondheid. Naarmate men vroeger is gestart, hebben zowel mannen als vrouwen later meer sekspartners. Bij mannen is dit verband tussen de leeftijd bij de eerste keer en het aantal sekspartners (doorheen het leven) sterker dan bij vrouwen. Vrouwelijke vroege starters zijn ook vaker het slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag vóór hun 18de.

Een bijkomende vaststelling in de bevolkingsstudie is dat voor mannen het hebben van een oudere partner bij de eerste geslachtsgemeenschap een grotere risicofactor is dan voor vrouwen. Mannen met een oudere eerste partner hebben zich minder klaar gevoeld, hebben later meer sekspartners en hebben meer te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag vóór hun 18de dan mannen met een partner die minder oud was dan zichzelf. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat het totaal aantal mannen in deze steekproef dat te maken heeft gehad met grensoverschrijdend gedrag erg klein was. Deze conclusie moet dus met de nodige voorzichtigheid worden benaderd. Voor vrouwen werd een oudere partner alleen in verband gebracht met een lagere kans op anticonceptiegebruik bij de eerste keer.

In de MTO-studie ligt het verband tussen de timing van de eerste keer en de kenmerken van de latere seksuele gezondheid anders. Enkel bij de mannen uit deze groep valt een negatief verband te observeren: een jongere leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap gaat bij mannen samen met een groter aantal partners later in het leven. In tegenstelling tot in de bevolkingsstudie, is er bij de vrouwen van Turkse afkomst geen verband met het rapporteren van seksueel grensoverschrijdend gedrag (vóór en na 18 jaar).

**Ili. Relationele en Seksuele Vorming (RSV):**

In de bevolkingsstudie blijken grote verschillen tussen jongeren te bestaan met betrekking tot de gekregen RSV op school, waarbij sommige jongeren over veel verschillende thema's informatie krijgen en anderen helemaal geen informatie krijgen. De jongeren geven ook aan dat ze niet over alle thema's waar ze informatie over wensen ook effectief informatie krijgen (de informatievoorziening overlapt dus niet volledig met de nood aan informatie). Er zijn aanwijzingen dat de informatievoorziening verschilt naargelang de onderwijsstroming, waarbij jongeren uit het TSO de minste informatie krijgen.

In de MTO-studie loopt de behoefte aan informatie, alsook het aanbod van informatie op school, ongeveer gelijk met de vraag en het aanbod in de bevolkingsstudie. We vinden wel een verschil wat betreft de behoefte aan informatie over lichamelijke aspecten van seksualiteit/biologische thema s. Een groter aandeel jongeren in de MTO-steekproef (27% of één op drie) zegt tijdens de voorbije maanden behoefte te hebben gehad aan informatie over dit thema, vergeleken met jongeren uit de bevolkingsstudie (14%).

	<p><b>BESTAANDE VLAAMSE ACTIVITEITEN</b></p> <p>Voorbeelden van initiatieven die in Vlaanderen op dit moment rond ‘de seksuele start’ lopen, zijn:</p>
I.	<p><i>Binnen de onderwijssector wordt er aandacht besteed aan de thema’s relatie en seksualiteit.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verschillende thema’s m.b.t. relationele en seksuele vorming (RSV) voor jongeren zijn opgenomen in vakoverschrijdende en vakspecifieke eindtermen.</li> <li>- RSV bevindt zich binnen de schoolondersteunende rol die CLB opnemen.</li> <li>- Een nascholingsaanbod omtrent RSV voor leerkrachten wordt georganiseerd door de onderwijssector, maar ook door bv. Sensoa en door Jong &amp; Van Zin.</li> <li>- Leraren kunnen worden opgeleid in de vakoverschrijdende eindtermen en training krijgen in competenties die nodig zijn voor RSV.</li> <li>- Er zijn richtlijnen voor RSV-beleidsmakers: de <i>Standards for Sexuality Education in Europe</i> (voor een Nederlandse vertaling, zie <a href="http://www.seksuelevorming.be">www.seksuelevorming.be</a>).</li> <li>- Er is een uitgebreid aanbod aan methodieken en materialen om in het onderwijs te werken rond RSV, waaronder het handboek ‘Relationele en Seksuele vorming’. Ook op de website <a href="http://www.seksuelevorming.be">www.seksuelevorming.be</a> kan je informatie vinden hoe je relationele en seksuele vorming geeft.</li> <li>- Er is een aanbod aan externe vormingswerkers.</li> <li>- In de jaarlijkse ‘Week van de Lentekriebels’ wordt aandacht voor RSV gevraagd.</li> <li>- Er is een raamwerk Beleid en Seksualiteit.</li> </ul>
II.	<p><i>Binnen de vrijetijdssector wordt er aandacht besteed aan de thema’s relaties en seksualiteit.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begeleiders kunnen worden opgeleid en begeleid rond RSV.</li> <li>- Er is een ruim aanbod aan methodieken en spellen rond relaties en seksualiteit.</li> <li>- Het Raamwerk Beleid en Seksualiteit en het Vlaggensysteem werden vertaald naar de settings binnen de vrijetijdssector.</li> </ul>

	<p><b>BELEIDSAANBEVELINGEN</b></p> <p>De Sexpert-stakeholders formuleren onderstaande beleidsaanbevelingen:</p>
I.	<p><i>Het is aanbevolen om de hulpverlening beter toegankelijk te maken voor en beter af te stemmen op jongeren, uiteraard kaderend binnen een aanpak gericht op de gehele levensloop en naar alle leeftijdsgroepen. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de invoering van de automatische derdebetalersregeling voor jongeren bij een doktersconsult</li> <li>- de bespreking van de <i>double dutch</i>-methode (dubbel gebruik van anticonceptie en condoom) binnen de anticonceptie counseling</li> <li>- aftoetsen van de keuze voor een anticonceptiemiddel aan de levensstijl, financiën en andere persoonlijke kenmerken van de gebruikster én haar partner</li> </ul>
II.	<p><i>Het is aanbevolen om binnen de relationele en seksuele vorming van jongeren blijvend aandacht te hebben voor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jongeren die vroeg starten met seksuele contacten, vooral uit BSO en TSO.</li> <li>- de impact van leeftijdsverschillen tussen partners op de seksuele gezondheid</li> <li>- verschillende beleving en ervaring door jongens en meisjes</li> <li>- de eerste keer: bespreekbaar maken van de subjectieve ervaring (fijn versus pijn) en de objectieve ervaringen (bloedverlies en taboe, culturele verschillen)</li> <li>- een structurele inbedding in het onderwijs</li> <li>- het bewaken van de toegang tot RSV voor elke jongere binnen het onderwijs op geregelde tijdstippen</li> </ul>
III.	<p><i>Ouders zijn de belangrijkste opvoeders.</i> Het is dan ook wenselijk om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het aanbod verbreden dat aansluit bij de noden en wensen van ouders en jongeren omtrent relationele en seksuele opvoeding</li> <li>- opvoedingsondersteunende initiatieven beter toegankelijk te maken</li> <li>- het vragen van advies en hulp bij opvoeding te normaliseren</li> </ul>
IV.	<p><i>Het is wenselijk om de huidige wet op de seksuele meerderjarigheid af te stemmen op de realiteit dat jongeren vroeger starten met seks en dat het leeftijdsverschil tussen partners belangrijker is dan de leeftijd op zich. Consensuele seksuele contacten tussen jongeren mogen niet gecriminaliseerd worden.</i></p>

	<p><b>BELEIDSAANBEVELINGEN</b></p> <p>Sexpert formuleert aanvullend onderstaande beleidsaanbevelingen:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De beleving van de eerste keer wordt gedeeltelijk bepaald door gender en door de (zelf ingeschatte) sociaal-economische context waarin men opgroeit. Er is nood aan meer aandacht voor genderrolverwachtingen met betrekking tot seksualiteit, en jongeren uit alle sociale lagen moeten worden bereikt (vooral meisjes uit de lagere sociale milieus). Voor meer achtergrond bij deze resultaten, zie bijlage 7.5.4.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jongeren die vroeg beginnen aan seks hoeven niet per definitie als een risicogroep beschouwd te worden. Voor een substantieel deel van hen gebeurde de eerste keer veilig, werd het positief beleefd en voelde de jongere zich er klaar voor.</li> <li>- De leeftijd bij de eerste keer blijft vooral een voorspeller van de emotionele belevingsaspecten ervan, meer dan van indicatoren van veilig vrijen. Preventie moet zich dus meer richten op deze belevingsaspecten van seksualiteit en niet enkel op anticonceptiegebruik.</li> <li>- Preventiebeleid moet ook jongeren bereiken die vroeg starten met seks (25% van de jongeren heeft op de leeftijd van 15 jaar al geslachtsgemeenschap gehad).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vanuit het beleid dient rekening gehouden te worden met de veranderende motivaties voor gedrag bij jongeren (groepsdruk en het gedrag dat gesteld wordt door de vrienden), en een zekere mate van sensatiedrang is niet per definitie abnormaal of problematisch.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het preventiebeleid dient er sterker rekening mee te houden dat jongeren die probleemgedrag (zoals bv. middelengebruik, agressief en niet-agressief anti-sociaal gedrag) stellen ook emotionele ondersteuning nodig kunnen hebben. Voor meer kadering van deze resultaten, zie bijlage 7.5.1.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er moet een duidelijker lijn komen in de RSV die wordt aangeboden op school. Tevens moet deze beter aansluiten bij de behoeften van de jongeren zelf. Voor meer kadering bij deze resultaten, zie bijlage 7.5.2.</li> </ul>

	<b>III. DE ONGEPLANDE EN ONGEWENSTE ZWANGERSCHAP</b>
	<p><b>SEXPERT-RESULTATEN</b></p> <p>Hieronder worden de resultaten omtrent ongeplande en ongewenste zwangerschap samengevat voor de bevolkingssteekproef, de halebisteeekproef en de MTO-steekproef. Verdere details omtrent dit thema in de bevolkingssteekproef kunnen worden nagelezen in het hoofdstuk ‘Reproductief welzijn’ (Vandamme, Buysse en T’Sjoen in Buysse et al., 2013, p. 155-183).</p> <p>Wij vermelden enkel statistisch significante verschillen en verbanden, waardoor voor bepaalde subthema’s een vergelijking met de holebi- en/of de MTO-studie niet aan de orde is.</p>
IIIa.	<p><b>De beleving van een zwangerschap als een proces.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie stellen we vast dat een recente zwangerschap (uit de periode 2000 - 2011; de laatste 10 jaar dus) één keer op vier als <i>ongepland</i> wordt benoemd. Ongepland betekent echter niet per definitie ongewenst: één op drie ongeplande zwangerschappen is van bij aanvang toch dadelijk gewenst. En hoewel de meerderheid van de ongeplande zwangerschappen (bijna zeven op tien) initieel <i>ongewenst</i> is, zien we dat de zwangerschappen die eindigen in een geboorte later bijna allemaal als gewenst worden beleefd. De ongeplande zwangerschappen die ongewenst blijven (één op drie), zijn het vaakst de zwangerschappen die eindigen in een abortus. Dit wijst op een <i>evolutie</i> in de beleving van een zwangerschap.</p> <p>In de MTO-studie zien we heel gelijkaardige cijfers. Ook bij respondenten van Turkse origine bedraagt het recent aantal <i>ongeplande</i> zwangerschappen één op vier, én is één op drie ongeplande zwangerschappen toch dadelijk gewenst. We zien een verschil in het percentage ongeplande zwangerschappen dat eindigt in een abortus: in de MTO-groep is dat percentage lager dan in de bevolkingsstudie (7.6% tegenover 21.7%). Meer diepgaande analyses (zie verder onder IIIf) wijzen uit dat dit verschil niet te wijten is aan etniciteit, maar aan andere, meer situationele factoren.</p>
IIIb.	<p><b>De ongeplande/ongewenste zwangerschap: het mentale welzijn.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie zien we dat wie zich mentaal slechter voelt op het moment van de bevraging, vaker een uitgedragen maar initieel ongewenste zwangerschap heeft beleefd. Mentaal welzijn vertoont geen verband met het ervaren hebben van een ongeplande zwangerschap. Wie ooit een ongewenste zwangerschap aborteerde, voelt zich mentaal even goed als wie nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt. Het laagste mentale welzijn wordt ervaren door respondenten die ooit zowel een abortus als een initieel ongewenste uitgedragen zwangerschap meemaakten.</p>



IIIc.	<p><b>De ongeplande zwangerschap: de leeftijd.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie zien we dat een ongeplande zwangerschap vaker voorkomt wanneer de respondent jonger is op het moment van de bevraging. Zo vindt 2.7% van de ongeplande zwangerschappen plaats bij -18-jarigen. De kans op een ongeplande zwangerschap is het grootst in de jongste én de oudste leeftijdsgroep terwijl de kans het laagst is in de ‘gemiddelde’ leeftijdsgroepen. Vier op de tien zwangerschappen bij +40-jarigen (op het moment van de zwangerschap) zijn ongepland. Een tweede zwangerschap is de vaakst geplande zwangerschap, gevolgd door de eerste. Vanaf de derde zwangerschap is er een daling in het aantal geplande zwangerschappen.</p>
IIIId.	<p><b>De ongeplande zwangerschap: het generatie-effect en de ‘geboorteregelingsrevolutie’.</b></p> <p>Wanneer we in de bevolkingsstudie verschillen gaan bekijken tussen drie ‘zwangerschapsgeneraties’ stellen we vast dat recentere zwangerschappen (die plaatsvonden vanaf de jaren ’70 tot nu) vaker als gepland worden benoemd dan deze uit de jaren ’50-’70. Mogelijks zien we hier het effect van de ‘<b>geboorteregelingsrevolutie</b>’ sinds de verspreiding van effectieve anticonceptie. Ondanks die stijging in planning, zien we dat het aandeel initieel ongewenste zwangerschappen doorheen deze generaties min of meer constant is gebleven (ongeveer één op zes van alle zwangerschappen in totaal). Dit wordt voornamelijk verklaard doordat jongere respondenten (op het moment van de vragenlijst) een ongeplande zwangerschap iets sneller gelijk stellen aan een ongewenste zwangerschap. Jongere respondenten zitten dan ook nog midden in hun vruchtbare periode én zij zitten doorgaans in een andere levensfase dan oudere respondenten op dezelfde leeftijd. Met dit laatste verwijzen we voornamelijk naar het uitstel van het ouderschap door studies.</p>
IIIe.	<p><b>De ongewenste zwangerschap en abortus.</b></p> <p>Uit de bevolkingsstudie blijkt dat recentere ongewenste zwangerschappen vaker werden geaborteerd. Dit verband is reeds zichtbaar vóór de invoering van de abortuswet in 1990. We merken bijna een verdubbeling van het percentage abortussen bij ongewenste zwangerschappen in de jaren ’70 tot ’90, ten opzichte van het percentage abortussen bij ongewenste zwangerschappen in de jaren ’50 tot ’70.</p>

III.f.	<p><b>De abortus: het belang van de situationele context.</b></p> <p>Zowel uit de bevolkingsstudie als de MTO-studie blijkt dat vooral kenmerken van de zwangerschap zelf (zoals hoe oud men is, of men al dan niet een stabiele relatie heeft op dat moment) een rol spelen in het al dan niet als ongepland beschouwen van een zwangerschap én het al dan niet kiezen voor een abortus in die situatie. De situationele factoren van een zwangerschap leveren een belangrijkere bijdrage in de verklaring van ongeplande en ongewenste zwangerschappen (en de daaraan gekoppelde beslissingen) dan individueel stabiele, socio-demografische kenmerken van mensen (zoals hun socio-economische status of etnische afkomst, die beiden geen rol spelen). Beide studies wijzen dus uit dat het bestuderen van verschillen tussen zwangerschappen <i>van eenzelfde persoon</i> interessanter zijn dan de zoektocht naar verklaringen voor verschillen <i>tussen mensen</i>.</p>
	<p><b>BESTAANDE VLAAMSE ACTIVITEITEN</b></p> <p>Voorbeelden van initiatieven die in Vlaanderen op dit moment rond ‘ongeplande en ongewenste zwangerschap’ lopen, zijn:</p>
I.	<p><i>Initiatieven m.b.t. preventie van ongeplande/ongewenste zwangerschap</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een uitgebreid aanbod aan relationele en seksuele vormingsinitiatieven voor jongeren, waar preventie van ongeplande zwangerschappen een belangrijk deel van uitmaakt</li> <li>- een financiële tegemoetkoming voor anticonceptie voor jongeren van -21 jaar</li> </ul>
II.	<p><i>Zorg/ hulpverlening m.b.t. ongeplande zwangerschap</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een goed uitgebouwd netwerk van toegankelijke en professionele abortuscentra</li> <li>- een online en telefonisch begeleidingsaanbod rond zwangerschapskeuze</li> <li>- een begeleidingsaanbod rond abortusverwerking</li> <li>- een vormingsaanbod voor hulpverleners rond zwangerschapskeuze</li> </ul>

	<p><b>BELEIDSAANBEVELINGEN</b></p> <p>De Sexpert-stakeholders formuleren onderstaande beleidsaanbevelingen:</p>
I.	<p><i>Het is wenselijk om het algemene publiek te sensibiliseren rond ongepland/ongewenste zwangerschap.</i> Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het normaliseren van het idee dat niet alle zwangerschappen gepland (moeten/kunnen) zijn</li> <li>- het wegwerken van het taboe op een ongeplande zwangerschap door het verspreiden van de boodschap dat mensen en anticonceptiemethoden kunnen falen</li> <li>- het verspreiden van een realistisch beeld over zwangerschap (geen eenzijdig positief rozewolkbeeld)</li> </ul>
II.	<p><i>Het is aanbevolen om het bestaand hulpverleningsaanbod uit te breiden en te verbeteren.</i> Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het monitoren van de postpartumgezondheid van een vrouw</li> <li>- het op geregelde tijdstippen opnieuw bespreken van anticonceptie</li> <li>- het bespreken van anticonceptie met vrouwen van +40 jaar</li> <li>- het bevorderen van de communicatie, kennis en structurele samenwerking binnen de eerstelijns hulpverlening voor zwangere vrouwen</li> <li>- het betrekken van de mannelijke partner in de anticonceptie-counseling en zwangerschapsbegeleiding alsook in de hulpverlening bij een ongeplande zwangerschap</li> </ul>
III.	<p><i>Binnen de deskundigheidsbevordering van intermediairs is het wenselijk om:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voldoende aandacht te besteden aan het bevorderen van een anticonceptiecounseling op maat</li> <li>- in de basisopleidingen van intermediairs voldoende aandacht te besteden aan de communicatietraining rond ongeplande/ongewenste zwangerschappen</li> <li>- voldoende aandacht te besteden aan die groep pilgebruiksters die het gebruik van de pil als moeilijk ervaren</li> </ul>
IV.	<p><i>Er is nood aan meer gegevens over en inzichten in ongeplande zwangerschap. Het is dan ook wenselijk om binnen het wetenschappelijk onderzoek aandacht te besteden aan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het in kaart brengen van de dynamiek bij initieel ongewenste zwangerschappen die later gewenst worden</li> <li>- de correlaten van ongeplande/ongewenste zwangerschappen</li> </ul>

<b>IV. SEKSUELE DISFUNCTIES</b>	
	<p><b>SEXPERT-RESULTATEN</b></p> <p>Hieronder worden de resultaten omtrent seksuele disfuncties samengevat voor de bevolkingssteekproef, de holebisteekproef en de MTO-steekproef. Verdere details omtrent dit thema in de bevolkingssteekproef kunnen worden nagelezen in het hoofdstuk ‘Seksuele disfuncties’ (Hendrickx en Enzlin in Buysse et al., 2013, p. 193-214).</p> <p>Wij vermelden enkel statistisch significante verschillen en verbanden, waardoor voor bepaalde subthema’s een vergelijking met de holebi- en/of de MTO-studie niet aan de orde is.</p>
IVa.	<p><b>Prevalentie van functieproblemen en seksuele disfuncties.</b></p> <p>Uit de bevolkingsstudie blijkt dat seksuele functiestoornissen relatief vaak voorkomen (in 35% en 43% van de seksueel actieve mannen en vrouwen), maar slechts een deel van de respondenten ervaart daarvan ook last (ongeveer 12% mannen en 22% vrouwen rapporteert minstens één seksuele disfunctie). De meest voorkomende functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen zijn orgasmestoornissen, stoornissen in het verlaagd seksueel verlangen (al dan niet responsief) en lubricatiestoornissen. Bij mannen zijn vooral een teveel aan seksueel verlangen, premature ejaculatie en erectiestoornissen prevalent.</p> <p>In de holebistudie zien we heel gelijkaardige cijfers: ook in deze groep rapporteert één op drie seksueel actieve mannen en bijna de helft van de seksueel actieve vrouwen minstens één seksuele functiestoornis. In deze groep ervaart één op vijf daarvan ook last (20% van de vrouwen en 23% van de mannen ervaart minstens één seksuele disfunctie).</p> <p>Ook in de MTO-studie zijn de prevalentiecijfers zeer vergelijkbaar: in de steekproef van Turkse origine heeft 40% van de seksueel actieve populatie een functieprobleem (ongeacht of ze er last van ervaren). Ongeveer 12% stelt hiervan ook last te ervaren, maar in tegenstelling tot de bevolkingsstudie bestaat hier geen geslachtsverschil in de prevalentie van seksuele disfuncties.</p>
IVb.	<p><b>Het verband met de leeftijd.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie zien we dat seksuele functieproblemen en seksuele disfuncties die verbonden zijn met de lichamelijke effecten van het verouderingsproces (erectie en lubricatie) duidelijk een verband tonen met de leeftijd. Erectiestoornissen komen meer voor bij oudere mannen en vrouwen vanaf de leeftijd van 50 jaar geven vaker lubricatiestoornissen aan dan jongere vrouwen.</p>

IVc.	<p><b>De duur van functieproblemen en seksuele disfuncties.</b></p> <p>De bevolkingsstudie toont aan dat de meeste seksuele disfuncties ongeveer even lang aanhouden als seksuele functieproblemen. In beide gevallen valt op dat mensen vaak al verschillende jaren het seksueel probleem ervaren. Ondanks het ervaren van een seksueel functieprobleem of zelfs een seksuele disfunctie, rapporteert slechts een minderheid van deze respondenten vaak of altijd seksuele activiteit te vermijden.</p>
IVd.	<p><b>Het verband tussen tevredenheid en last.</b></p> <p><i>Het verband tussen seksuele tevredenheid en last:</i></p> <p>In de bevolkingsstudie is de seksuele tevredenheid lager bij mannen en vrouwen die last ervaren door een seksueel functieprobleem (m.a.w., die een seksuele disfunctie hebben). Bij mannen en vrouwen die geen last ervaren is de seksuele tevredenheid in mindere mate verlaagd. We kunnen dus zeggen dat vooral de last, en niet zozeer de seksuele functiestoornis op zich, gepaard gaat met een lagere seksuele tevredenheid.</p> <p>In de MTO-studie ligt het verband in dezelfde richting: ook voor respondenten van Turkse origine geldt dat vooral de last van een functieprobleem, en niet zozeer het functieprobleem op zich, verband houdt met een lagere seksuele tevredenheid. Dit verband geldt ook hier zowel voor mannen als vrouwen.</p> <p><i>Het verband tussen relatietevredenheid en last:</i></p> <p>In de bevolkingsstudie is er geen verschil in relatietevredenheid tussen mannen met last (dus met een disfunctie) en mannen zonder last (met enkel een functieprobleem). Vrouwen die last ervaren ten gevolge van een seksueel functieprobleem zijn wel minder relationeel tevreden dan vrouwen die er geen last van ondervinden. Vooral de last die vrouwen ervaren ten gevolge van een seksueel functiestoornis, en niet zozeer de functiestoornis op zich, gaat gepaard met een lagere relationele tevredenheid.</p> <p>In de MTO-studie ligt het verband in dezelfde richting voor beide geslachten. Vooral mannen en vrouwen van Turkse origine die last ervaren van een seksueel functieprobleem (dus met een disfunctie), rapporteren een lagere relatietevredenheid.</p>

IVe.	<p><b>Het zoeken van professionele hulpverlening.</b></p> <p>Uit de bevolkingsstudie leren we dat één op tien mannen en één op zes vrouwen met een seksuele functiestoornis professionele hulp zoekt (mannen: 10.4%, vrouwen: 16.4%). Zelfs wanneer een seksueel functieprobleem als lastig wordt ervaren (en dus een seksuele disfunctie wordt), zoekt slechts één op acht mannen en één op vijf vrouwen professionele hulp (mannen: 11.9%, vrouwen: 19.3%).</p> <p>In de holebistudie liggen deze cijfers hoger: vergeleken met de algemene bevolking zoeken holebi's vaker hulp op voor zowel seksuele functieproblemen (mannen: 15%, vrouwen: 11%) als voor seksuele disfuncties (mannen: 27%, vrouwen: 27%). Vrouwelijke holebi's zoeken dan weer minder vaak hulp in geval van een seksueel functieprobleem.</p> <p>In de MTO-studie wordt in vergelijking met de bevolkingsstudie even vaak hulp gezocht. Zowel mannen als vrouwen van Turkse origine stellen even vaak hulpzoekend gedrag in het geval van functieproblemen (mannen: 12%, vrouwen: 16%). Voor de prevalentie van hulpzoekend gedrag in het geval van een seksuele disfunctie, is het aantal respondenten helaas te klein om een betrouwbare schatting te kunnen maken.</p>
	<p><b>BESTAANDE VLAAMSE ACTIVITEITEN</b></p> <p>Voorbeelden van initiatieven die in Vlaanderen op dit moment rond 'seksuele disfuncties' lopen, zijn:</p>
I.	<p><i>Initiatieven m.b.t. preventie van seksuele functieproblemen en disfuncties</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een informatieaanbod over seksuele disfuncties (bv. <a href="http://www.seksualiteit.be">www.seksualiteit.be</a>)</li> </ul>
II.	<p><i>Initiatieven m.b.t. zorg en hulpverlening rond seksuele functieproblemen en disfuncties</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een hulpverleningsaanbod rond seksuele functieproblemen door seksuologen, online te consulteren via de beroepsvereniging (<a href="http://www.seksuologen-vlaanderen.be">www.seksuologen-vlaanderen.be</a>). Dit aanbod is echter gebaseerd op een vrijwillige aanmelding van individuele seksuologen, niet op een verplichte registratie vanuit de overheid.</li> </ul>

	<p><b>BELEIDSAANBEVELINGEN</b></p> <p>De Sexpert-stakeholders formuleren onderstaande beleidsaanbevelingen:</p>
I.	<p><i>Het is wenselijk om het algemene publiek te informeren en te sensibiliseren rond seksuele functieproblemen en disfuncties. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het normaliseren van het voorkomen van seksuele moeilijkheden</li> <li>- het normaliseren van het vragen om hulp bij seksuele moeilijkheden</li> <li>- het aanbieden van doelgroepspecifieke informatie en voeren van selectieve en geïndiceerde preventie (bv. rond lubricatie- en erectieproblemen bij oudere groepen)</li> <li>- het blijvend investeren in RSV om jongeren te informeren, te sensibiliseren zonder te problematiseren en toe te leiden naar hulp indien gewenst</li> <li>- het laagdrempelig formuleren van boodschappen die gericht zijn op het normaliseren van het voorkomen van seksuele functieproblemen en disfuncties en op het normaliseren van de vraag naar advies en hulp</li> <li>- het afstemmen van boodschappen en communicatiestrategieën op de achtergrond van de te bereiken doelgroepen, rekening houdend met o.a. leeftijd, gender, etnisch culturele achtergrond, sociaal-economische status en de specifieke gezondheidstoestand (bv. chronische ziektes)</li> </ul>

II.	<p><i>Het is aan te bevelen het bestaand hulpverleningsaanbod beter bekend en toegankelijk te maken en het bestaand hulpverleningsaanbod te verbeteren. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het in kaart brengen van het bestaand hulpverleningsaanbod. Het online hulpverleningsaanbod van de seksuologen via de website van hun beroepsvereniging is momenteel fragmentair. Er is bovendien helemaal geen informatie voorhanden over de medische specialisten die expertise hebben op dit thema. Er is ook op dit domein nood aan een inventarisatie en bekendmaking (zonder commerciële intenties) van praktijken van artsen (gynaecologen, urologen, endocrinologen en huisartsen) met een bijzondere bewaking in het onderwerp seksualiteit.</li> <li>- het verspreiden van informatie over het aanwezige hulpverleningsaanbod, en in het bijzonder naar de gezondheidszorg op de eerste lijn zoals huisartsen</li> <li>- het opstellen van multidisciplinaire behandelrichtlijnen rond de verschillende seksuele disfuncties. Voorbeelden van internationaal bestaande en geldende richtlijnen die ook in Vlaanderen zouden kunnen worden geïmplementeerd, zijn: de Standaard Erectiele Disfunctie (Nederlands Huisartsen Genootschap), Richtlijn voor de diagnose en behandeling van vroegtijdige zaadlozing (Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuele Disfuncties en de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie).</li> <li>- het verbeteren van de doorstroming naar de juiste hulpverlening bij seksuele moeilijkheden</li> </ul>
III.	<p><i>Met betrekking tot deskundigheidsbevordering van intermediairs is het wenselijk om:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in de basisopleidingen van alle hulpverleners en intermediairs voldoende aandacht te besteden aan de bewustwording en het trainen van attitudes en (communicatie)vaardigheden betreffende seksualiteit en seksualiteitsbeleving</li> <li>- het bijwonen van specialisatieopleidingen en congressen te stimuleren, alsook het behalen van certificatie</li> </ul>



IV.	<p><i>Er is een sterke nood aan meer gegevens over en inzichten in seksuele disfuncties. Het is dan ook wenselijk om binnen het wetenschappelijk onderzoek aandacht te besteden aan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- het in kaart brengen van de copingstrategieën van mensen met een seksueel functieprobleem (wat beschermt bepaalde mensen tegen het ervaren van ‘last’?)</li><li>- het in kaart brengen van de klachten bij de verschillende disfuncties</li><li>- het in kaart brengen van de economische schade ten gevolge het niet goed toegankelijk zijn van de bestaande hulpverlening en het onbehandeld blijven van seksuele disfuncties en hun relationele gevolgen</li></ul>
-----	--

<b>V. HIV, SOA EN TESTGEDRAG</b>	
	<p><b>SEXPERT-RESULTATEN</b></p> <p>Hieronder worden de resultaten samengevat omtrent hiv, soa, testgedrag voor de bevolkingssteekproef, de holebisteekproef en de MTO-steekproef. Verdere details omtrent dit thema en condoomgebruik in de bevolkingssteekproef kunnen worden nagelezen in het hoofdstuk ‘Seksuele gezondheid in Vlaanderen’ (Elaut, Caen, Dewaele en Van Houdenhove in Buysse et al., 2013, p. 41-116).</p>
Va.	<p><b>Het testgedrag.</b></p> <p>Uit de bevolkingsstudie blijkt dat één op drie seksueel ervaren respondenten zich reeds heeft laten testen op hiv. Vlaamse seksueel ervaren mannen en vrouwen laten zich minder vaak testen op andere soa's naast hiv (13.1%).</p> <p>In de MTO-studie is het aandeel dat zich reeds heeft laten testen op hiv of een andere soa kleiner: één op tien (13%) heeft zich ooit laten testen op hiv (meer mannen dan vrouwen). Net als in de bevolkingsstudie lieten seksueel ervaren mannen en vrouwen van Turkse origine zich minder vaak testen op andere soa's (8%).</p> <p>In de holebistudie is niet gepeild naar testgedrag of lifetimeprevalentie van soa's (zie onder).</p>
Vb.	<p><b>Lifetimeprevalentie van soa's.</b></p> <p>Zelfs wanneer we in de bevolkingsstudie rekening houden met leeftijdsverschillen, vinden we (doorheen het leven) tussen de op soa's geteste en de niet-geteste groep een verschil in aantal sekspartners. Ook wat betreft het seksueel gedrag tijdens de voorbije zes maanden verschilt de geteste groep van de niet-geteste groep, maar deze verschillen in recent seksueel gedrag zijn volledig toe te schrijven aan leeftijdsverschillen, meer concreet aan het jongere leeftijdsprofiel van de geteste groep.</p>

	<p><b>BESTAANDE VLAAMSE ACTIVITEITEN</b></p> <p>Voorbeelden van initiatieven die in Vlaanderen op dit moment rond ‘hiv, soa en testgedrag’ lopen, zijn:</p>
I.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- het aanbod voor het afnemen van hiv/soa-testen bij artsen, gynaecologen</li> <li>- gespecialiseerde centra voor het afnemen van hiv/soa-testen: het Helpcentrum en de S-clinic</li> <li>- een uitgebreid informatieaanbod over de verschillende soa's</li> <li>- de gratis HPV-vaccinatie van meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs</li> <li>- de terugbetaling van het HPV-vaccin voor jongeren tussen 12 en 18 jaar</li> <li>- de gedeeltelijke terugbetaling van het HPV-vaccin door de mutualiteit</li> </ul>
	<p><b>BELEIDSAANBEVELINGEN</b></p> <p>De Sexpert-stakeholders formuleren onderstaande beleidsaanbevelingen:</p>
I.	<i>Het is wenselijk dat soa-testen gerichter gepromoot en aangeboden worden door artsen en preventieorganisaties (in het bijzonder naar de leeftijdsgroep van mannen en vrouwen tot 39 jaar ongeacht de seksuele oriëntatie).</i>
II.	<i>Het is wenselijk om de terugbetalingscriteria van de HPV-vaccinatie bij andere leeftijds- en bevolkingsgroepen te evalueren.</i>
III.	<i>Het is wenselijk om de kennis van de hulpverleners over soa- en hiv-detectie en behandeling te actualiseren.</i>

	<p><b>VI. HET CONDOOM- EN ANTICONCEPTIEGEBRUIK</b></p>
	<p><b>SEXPERT-RESULTATEN</b></p> <p>Hieronder worden de resultaten samengevat omtrent het condoom- en anticonceptiegebruik voor de bevolkingssteekproef, de holebisteekproef en de MTO-steekproef. Verdere details omtrent hiv, soa, testgedrag en condoomgebruik in de bevolkingssteekproef kunnen worden nagelezen in het hoofdstuk ‘Seksuele gezondheid in Vlaanderen’ (Elaut, Caen, Dewaele en Van Houdenhove in Buysse et al., 2013, p. 41-116).</p>
VIa.	<p><b>Het condoomgebruik tijdens het laatste seksuele contact.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie zien we dat het percentage onderzochte seksuele contacten dat onveilig was (met betrekking tot het risico op besmetting met hiv of een soa) 4% bedraagt, bekeken vanuit een <i>brede definitie</i> van veiligheid (d.w.z. condoomgebruik OF zeker/helemaal zeker dat er geen risico op besmetting bestond). Hierbij rapporteren de jongvolwassenen (18-29) en dertigers meer onveilige contacten. Vanuit een <i>enge definitie</i> van veiligheid (d.w.z. condoomgebruik OF helemaal zeker dat er geen risico op besmetting bestond) was 14% van de contacten onveilig. Tussen mannen onderling vinden we daarbij eveneens leeftijdsverschillen: mannelijke dertigers rapporteren het meest onveilige contacten in de enge definitie. Bij vrouwen vinden we geen verschillen naar leeftijd wat betreft het aantal onveilige contacten in de enge definitie.</p> <p>De meerderheid van de respondenten beoordeelde hun contact als veilig aangezien het plaatsvond binnen de context van een langdurige partnerrelatie. Van de heteroseksuele seksuele contacten die veilig bleken t.a.v. soa's, werd een minderheid (5%) benoemd als onveilig met betrekking tot het risico op een ongewenste zwangerschap.</p> <p>In de holebistudie zijn de percentages uit zowel de brede als de enge definitie van veiligheid hoger dan in de bevolkingsstudie: het percentage seksuele contacten dat onveilig is (met betrekking tot het risico op besmetting met hiv of een soa) bedraagt 14% (bekeken vanuit de <i>brede definitie</i> van veiligheid). Vanuit de <i>enge definitie</i> van veiligheid is 31% van de contacten onveilig. In tegenstelling tot de bevolkingsstudie vinden we in de holebistudie wel geslachtsverschillen in de prevalentie van onveilige contacten (zowel in de enge als de brede definitie): vrouwelijke holebi's rapporteren meer onveilige contacten dan mannen.</p> <p>Net als in de bevolkingsstudie beoordeelde de meerderheid van de respondenten in de holebistudie hun contact als veilig aangezien het plaatsvond binnen de context van een langdurige partnerrelatie; daarnaast gaf ook een deel aan dat ze er uitgebreid hadden over gepraat.</p>

	<p>In de MTO-studie vinden we, op basis van zowel de brede als de enge definitie van veiligheid, een even groot aantal onveilige seksuele contacten als in de bevolkingsstudie. Ook hier is het feit dat het contact plaatsvond binnen een langdurige partnerrelatie de belangrijkste reden waarom een seksueel contact als veilig wordt beschouwd. Daarnaast ligt het aantal heteroseksuele contacten dat onveilig wordt benoemd met betrekking tot het risico op een ongewenste zwangerschap lager, vergeleken met de bevolkingsstudie.</p>
VIb.	<p><b>Het anticonceptiegebruik en de kennis/het gebruik van de morning-afterpil.</b></p> <p>In de bevolkingsstudie vinden we dat bij seksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd (tussen 14 en 49 jaar) de pil de meest gebruikte methode is (38.3%). Wat betreft de pil en het hormonaal spiraaltje bestaan leeftijdsverschillen: het pilgebruik is lager in oudere leeftijdsgroepen en de populariteit van het hormonale spiraaltje is tegelijkertijd groter in deze groepen. Vanaf de leeftijd van 30 jaar wordt het hormonale spiraaltje vaker gebruikt. Het hormonale spiraaltje wordt het vaakst als heel gemakkelijk ervaren in gebruik. Eén op tien vrouwen die de pil momenteel gebruikt, ervaart deze methode als eerder moeilijk. Van alle vrouwen in de bevolkingsstudie kent de meerderheid de morning-afterpil (93.6%). Eén op vijf vrouwen die de morning after pil kent, gebruikte ze ook al minstens één keer, zij het meestal eenmalig.</p> <p>Ook in de MTO-studie is de pil de meest populaire anticonceptieve methode (31.7%). Het toetsen van leeftijdseffecten en ervaren gebruiksgemak is in deze kleinere groep niet mogelijk wegens de kleine aantallen. Vrouwen van Turkse origine hebben minder vaak kennis van de morning-afterpil (50.8%). Van de groep vrouwen die hiervan kennis heeft, gebruikte een gelijk aandeel als in de bevolkingsstudie deze methode minstens één keer en ook hier meestal eenmalig.</p>
	<p><b>BESTAANDE VLAAMSE ACTIVITEITEN</b></p> <p>Voorbeelden van initiatieven die in Vlaanderen op dit moment rond ‘condoom- en anticonceptiegebruik’ lopen, zijn:</p>
I.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de gedeeltelijke terugbetaling van sommige anticonceptiemiddelen</li> <li>- de verhoogde terugbetaling van alle anticonceptiemiddelen voor jongeren van &lt;math&gt;-21&lt;/math&gt; jaar</li> <li>- de ‘over-the-counter’ verkrijgbaarheid van de noodpil</li> <li>- een uitgebreid informatieaanbod over de verschillende anticonceptiemiddelen en noodanticonceptie</li> </ul>

	<b>BELEIDSAANBEVELINGEN</b>
--	-----------------------------

	De beleidsaanbevelingen die de Sexpert-stakeholders formuleren omtrent anticonceptiegebruik werden opgenomen in het deel 'Ongeplande/ongewenste zwangerschap'.
--	--

## 5 Een op wetenschappelijke feiten gestoelde visie op seksuele gezondheid in Vlaanderen

### De continuering van de bestaande inspanningen en nieuwe speerpunten

Sexpert toont aan dat de seksuele gezondheid van de Vlaming globaal genomen goed loopt, maar dat op verschillende terreinen duidelijk nog gezondheidswinst te boeken valt. Dit hangt vanzelfsprekend samen met de inspanningen die tot op heden in Vlaanderen gebeurd zijn. Een beleid rond seksuele gezondheid dient daarom zeker de tot op heden geleverde inspanningen verder te zetten en verder uit te breiden (zoals relationele en seksuele voorlichting voor jongeren, soa- en hiv-preventie,...). Daarnaast moet er meer ruimte komen om extra aandacht te schenken aan die aspecten die minder goed lopen, of waarover tot op heden weinig geschikte indicatoren beschikbaar waren. Zo geven de Sexpert-onderzoeksresultaten aan dat extra aandacht voor seksuele disfuncties en seksueel grensoverschrijdend gedrag wenselijk is.

### Seksualiteit en levensloop

De seksuele gezondheid van jongeren bevorderen is een zeer waardevolle manier om ook het welzijn van de toekomstige volwassenen te verbeteren. Het is dan ook belangrijk dat een beleid rond seksuele gezondheid inzet op jongeren, zonder andere leeftijdsgroepen uit het oog te verliezen. Bij een goede vorming kunnen jongeren de overgedragen kennis, attitudes/waarden en vaardigheden integreren in hun eigen kader en levensstijl. Werken met jongeren heeft daarom een grote impact, die kan blijven voortduren tot in de volwassenheid. Sexpert toont dat minderjarigen vaker slachtoffer zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag én dat respondenten die vóór hun 18<sup>de</sup> slachtoffer waren hun fysieke en mentale gezondheid als minder goed beoordelen op het moment van de bevraging. Het goed begeleiden van jonge slachtoffers en inzetten op preventie bij plegers is dan ook belangrijk.

Naast het inzetten op de seksuele gezondheid van jongeren, is het echter ook belangrijk om seksualiteit vanuit een levensloopperspectief te benaderen. Naarmate men in andere levensfasen terecht komt, veranderen de behoeftes en noden op vlak van seksuele gezondheid. Zo toont Sexpert dat seksuele functieproblemen en disfuncties, die verbonden zijn met lichamelijke effecten van het verouderingsproces (erectie en lubricatie), een verband kennen met leeftijd. Een blijvende nood aan het bieden van ondersteuning bij taken in verschillende levensfasen, blijkt verder uit het belang van de situationele context bij het als ongepland en/of ongewenst beschouwen van een zwangerschap (en de daaraan gekoppelde beslissingen tot al dan niet abortus). Niet zozeer individuele stabiele kenmerken zoals de socio-economische status of etnische afkomst maar wel de leeftijd en het hebben van een stabiele partnerrelatie spelen daar een rol.

## Diversiteit

In de overweldigende gelijkenissen tussen de seksuele gezondheid van de drie Sexpert-steekproeven (algemene bevolking, holebi's en mensen van Turkse origine), vinden we slechts drie domeinen waarop een doelgroepspecifiek beleid gerechtvaardigd blijkt. Een eerste opvallend aandachtspunt betreft de observatie van hogere cijfers van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij holebi's. Een tweede aandachtspunt betreft het korte seksuele traject bij vrouwen van Turkse origine, wat hen kwetsbaar maakt voor een minder positieve en vaker als pijnlijker ervaren eerste keer. Ten derde vinden we binnen deze groep van Turkse origine ook minder frequent gebruik van anticonceptie bij seksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd. Deze minderheidsgroepen hebben rond de genoemde thema's dan ook specifieke ondersteuning nodig.

## Openheid

De resultaten uit Sexpert kunnen bijdragen tot een betere bespreekbaarheid van seksualiteit. Het is niet omdat er veel over seks wordt gesproken, dat seksualiteit in al zijn aspecten en op een ernstige manier bespreekbaar is. Sexpert toont aan dat de drempel voor mensen die hulp wensen bij moeilijkheden soms hoog is. Het wegwerken van het taboe op hulpverlening en het toegankelijker maken daarvan voor iedereen die aangeeft last te ervaren (bv. op vlak van seksuele disfuncties), zou dan ook een belangrijk aandachtspunt moeten zijn in een beleid rond seksuele gezondheid.

## Een transversale aanpak

Wil een beleid rond seksuele gezondheid doeltreffend zijn, dan is een transversale aanpak nodig. Seksualiteit in al zijn aspecten houdt geen rekening met taakomschrijvingen of een organisatorisch onderscheid tussen het promoten van gezondheid en het detecteren en beantwoorden van zorgnoden. Dit maakt dat de opleidingen van artsen en onderwijzend personeel hen moeten voorbereiden op zowel het informerende of opvoedende karakter van hun rol, als op het bespreekbaar maken en detecteren van grensoverschrijdend gedrag en seksuele problemen. Ook moet dit de nodige aandacht krijgen binnen de deskundigheidsbevordering van alle hulpverleners. Anderzijds is het belangrijk dat ook andere intermediairs (van leerkrachten over sportleraren tot verpleegkundigen) een beeld brengen van een seksuele beleving die divers is en die vertrekt vanuit de realiteit, eerder dan vanuit mythes en vooroordelen. Zij spelen namelijk een grote rol in zowel het detecteren van als het bespreekbaar maken van moeilijkheden op vlak van de seksuele gezondheid. De mogelijke kanalen hiervoor zijn divers, van informatieve websites tot de betere soap op televisie.



## **Verdere verkenning**

Het is een feit dat er ook na Sexpert een aantal gebieden verdere verkenning kunnen gebruiken. Om een beleid rond seksuele gezondheid blijvend te ondersteunen en te kunnen verfijnen, is verder wetenschappelijk onderzoek nodig alsook een regelmatig herhalen van degelijk bevolkingsonderzoek naar de seksuele gezondheid. Dit omvat dan zowel grootschalige analyses op bevolkingsniveau als diepgaandere analyses gericht op het verder verfijnen van mogelijke verbanden.

## 6 Mythes en feiten

Mythe: Jongeren starten almaar vroeger met seks.

**Sexpert-feit: Jongeren starten iets vroeger met seks maar zijn er daarom niet minder klaar voor.**

De gemiddelde leeftijd waarop jongeren starten met geslachtsgemeenschap is in de bevolkingsstudie inderdaad afgenomen onder de jongere generaties in vergelijking met de oudere generaties. Deze trend kan worden verklaard door drie zaken: de leeftijd bij de eerste keer is bij de gemiddelde persoon licht gedaald, maar niet op een sterke noch continue manier; onder de oudere leeftijdsgroepen zorgen de relatief late starters voor een sterke verhoging van de gemiddelde leeftijd; en onder jongvolwassenen zorgen de relatief vroege starters voor een sterke verlaging van de gemiddelde leeftijd. Echter, de tijd die men erover doet om het seksuele traject van tongzoen tot geslachtsgemeenschap af te leggen, bedraagt 2.7 jaar en verschilt noch naar geslacht, noch tussen de leeftijdsgroepen. Jongeren vandaag zijn dus *niet* minder klaar voor hun eerste keer.

Mythe: Aan het optreden van bloedverlies bij de eerste keer kan je nagaan of iemand nog maagd is.

**Sexpert-feit: Bloedverlies bij de eerste keer is geen goede maagdelijkheidstest.**

In de MTO-studie rapporteren vrouwen vaker bloedverlies in vergelijking met vrouwen in de bevolkingsstudie (83% tegenover 59%). Vrouwen van Turkse afkomst die bloedverlies rapporteren, hebben, net als de vrouwen uit de bevolkingsstudie, hun eerste keer vaker als pijnlijk én als minder positief ervaren dan vrouwen die geen bloedverlies rapporteren. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat het korter seksueel traject bij deze vrouwen leidt tot zich minder klaar voelen voor de eerste keer, wat aanleiding kan geven tot een meer negatieve evaluatie daarvan. Bij de interpretatie van dit verschil mag de culturele betekenis van ‘bloedverlies bij de eerste keer’ als een bewijs van maagdelijkheid binnen de Turkse cultuur niet uit het oog worden verloren. De kans bestaat dat het gevonden verschil ook te maken heeft met het sociaal wenselijk beantwoorden van deze vraag. Hoewel bloedverlies bij de eerste keer door heel wat vrouwen wordt ervaren, is dit dus zeker géén vast gegeven. Bloedverlies bij de eerste keer vormt dus geen goede maagdelijkheidstest.

Mythe: De gemiddelde Vlaming heeft 2 à 3 keer seks per week

**Sexpert-feit: De Vlaming heeft gemiddeld genomen één keer seks per week.**

Uit de bevolkingsstudie blijkt dat Vlamingen gemiddeld genomen 1.2 keer seks per week hebben (of vijf keer per maand). Deze vraag werd enkel gesteld aan seksueel ervaren respondenten. Zowel bij mannen als vrouwen bestaan grote leeftijdsverschillen in de frequentie waarmee men seks heeft. De seksfrequentie is lager bij 14-17-jarigen, hoger bij jongvolwassenen (18-29 jaar), dertigers en veertigers en opnieuw lager (gemiddeld minder dan één keer per week) vanaf de leeftijd van 50 jaar. Bovendien verschilt de seksfrequentie niet tussen mannen en vrouwen: beide geslachten rapporteren even vaak seks te hebben.

Mythe: Iemand met een holebiseksueel verlangen is iemand die enkel holebiseksueel gedrag stelt.

**Sexpert-feit: Er is meer holebiseksueel verlangen dan er holebiseksueel gedrag is.**

Seksuele oriëntatie omvat zowel de componenten seksueel gedrag, seksueel verlangen als seksuele fantasie. Rekening houdend met deze drie componenten kunnen we stellen dat er meer holebiseksueel verlangen is dan holebiseksueel gedrag. Bij bijna drie vierde van de vrouwen die één of meerdere van deze drie holebiseksuele componenten rapporteert (72%), is er holebiseksueel verlangen zonder dat er holebiseksueel gedrag is. Bij de helft van de mannen (46%) die één of meerdere van deze componenten rapporteert, is er holebiseksueel verlangen zonder dat dit zich uit in seks met iemand van hetzelfde geslacht en zonder dat ze zichzelf als holebi benoemen. 4% van de Vlaamse mannelijke bevolkingssteekproef identificeert zich als homo- of biseksueel en 10% van de Vlaamse vrouwelijke bevolking als lesbisch of biseksueel.

Mythe: In onze huidige maatschappij zijn alle zwangerschappen gepland.

**Sexpert-feit: Eén op vier zwangerschappen zijn ongepland.**

De anticonceptierevolutie heeft ons idee omtrent zwangerschap sterk veranderd. Wanneer we echter kijken naar het aandeel aan ongeplande zwangerschappen, zien we inderdaad dat deze doorheen de jaren minder frequent voorkomen. Momenteel blijkt één op vier zwangerschappen ongepland. Echter, het aandeel ongewenste zwangerschappen binnen dit aantal ongeplande zwangerschappen is gelijk gebleven doorheen de verschillende bevroegde leeftijdsgroepen.

Mythe: De legalisering van abortus heeft het aantal abortussen doen stijgen.

**Sexpert-feit: De abortuswet heeft geen stijging veroorzaakt in het aantal uitgevoerde abortussen, enkel de omstandigheden ervan professioneler en veiliger gemaakt.**

Ongewenste zwangerschappen uit de jaren '70-'90 werden vaker geaborteerd dan in de twintig jaar daarvoor ('50-'69). Ondanks de afwezigheid van een legale context voor abortus, verdubbelde het aantal ongewenste zwangerschappen vooral in de periode '70-'90.

Mythe: Een abortus is nefast voor het latere mentale functioneren.

**Sexpert-feit: Vrouwen met of zonder een abortus in het verleden verschillen niet in mentale gezondheid.**

In de bevolkingsstudie kunnen we geen onderscheid maken tussen het mentale functioneren van vrouwen die wel of geen abortus lieten uitvoeren. Een abortus gaat dus niet per definitie samen met een verminderd mentaal welzijn. Een groep die mentaal wél slechter functioneert, blijkt uit vrouwen te bestaan die een initieel ongewenste zwangerschap hebben uitgedragen. Zij lijken vooral tot een risicogroep te behoren, eerder dan de vrouwen in het algemeen die tot een abortus beslisten.

Mythe: Jongens en mannen zijn nooit het slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

**Sexpert-feit: Niet enkel meisjes en vrouwen worden het slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag.**

De resultaten van de bevolkingsstudie tonen – in lijn met de verwachtingen – dat vrouwen vaker het slachtoffer worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) dan mannen, en dit zowel in de kindertijd als in de volwassenheid. Echter, ook mannen rapporteren ervaringen met SGG: 6.3% van de mannelijke respondenten rapporteert minstens één vorm van SGG vóór de leeftijd van 18 jaar. Na de leeftijd van 18 jaar zien we dat 1.7% van de mannen SGG heeft meegemaakt.

Mythe: Ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag bepaalt het latere seksuele functioneren.

**Sexpert-feit: Ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag in de kindertijd heeft niet per definitie een nefaste invloed op het latere seksuele functioneren, maar het houdt wél verband met het latere mentale welbevinden.**

De resultaten uit de bevolkingsstudie van Sexpert tonen dat slachtoffers van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) uit onze representatieve steekproef even tevreden zijn over hun huidige seksleven en even veel belang hechten aan seks als niet-slachtoffers. Het ervaren van SGG in de kindertijd houdt echter wél verband met het latere mentale en fysieke welbevinden: slachtoffers functioneren mentaal en fysiek minder goed dan niet-slachtoffers.

Mythe: Seks is natuurlijk en spontaan gedrag en gaat altijd vanzelf.

**Sexpert-feit: Ongeveer één vrouw op vijf en één man op acht ervaart een seksueel functieprobleem én last daarvan. Een kleine minderheid van deze vrouwen en mannen zoekt hiervoor hulp.**

Uit de resultaten van de bevolkingsstudie blijkt dat 22% van de seksueel actieve vrouwen en 12% van de seksueel actieve mannen een seksueel functieprobleem ervaart waarvan ze tevens last ondervinden. Hoewel er duidelijk hinder wordt ondervonden in de relatie, door de partner of door het individu zelf, blijft het hulpzoekend gedrag zeer beperkt. In deze groep met een seksuele disfunctie (= seksueel functieprobleem + last) zoekt slechts één vrouw op vijf en één man op acht hulpverlening op.

Mythe: In onze maatschappij voelt elke vrouw zich vrouw en voelt elke man zich man, los van zijn/haar presentatie.

**Sexpert-feit: Gendernonconformiteit is geen uitzondering.**

Een vrouw voelt zich toch steeds vrouw, los van de mate van vrouwelijkheid in haar presentatie? En voelt ook elke man zich niet steeds man? Hoewel het onmogelijk is om op basis van de resultaten van de Sexpert-bevolkingsstudie een schatting maken van wat de meest recente versie van het psychiatrische handboek DSM-5 benoemt als ‘genderdisforie’, heeft deze bevolkingsstudie wel kunnen berekenen hoeveel mannen zich eigenlijk vrouw voelen en vice versa. Genderincongruentie (of een biologische man die zich vrouw voelt, of een biologische vrouw die zich man voelt), is terug te vinden bij 0.60% van de mannen (95% betrouwbaarheidsinterval van [14.681;15.159] Vlamingen) en 0.30% van de vrouwen (95% betrouwbaarheidsinterval van [7.321;7.660] Vlamingen). Genderambivalentie (of zich evenveel man als

vrouw voelen) komt voor bij 0.90% van de mannen (95% betrouwbaarheidsinterval van [22.089;22.672] Vlamingen) en bij 1.30% van de vrouwen (95% betrouwbaarheidsinterval van [32.109;32.811] Vlamingen).

Mythe: Tienerzwangerschappen vormen een groot probleem.

**Sexpert-feit: Slechts een zeer klein aantal Vlaamse tienermeisjes wordt (ongepand) zwanger.**

In de bevolkingsstudie van Sexpert blijkt dat in de groep van 14- tot 17-jarigen slechts twee tienermeisjes ooit een zwangerschap meemaakten. Bovendien werd geen van deze zwangerschappen uitgedragen. De prevalentie van tienerzwangerschappen komt hiermee op 3.2% in de Vlaamse bevolking; wat ook in internationaal perspectief een zeer laag cijfer is.

Mythe: Seks is geslachtsgemeenschap.

**Sexpert-feit: Er bestaat een ruime variatie aan seksueel gedrag, veel ruimer dan louter geslachtsgemeenschap.**

In de Sexpert-bevolkingsstudie werden alle seksueel actieve respondenten gevraagd naar welke seksuele gedragingen ze de afgelopen zes maanden hebben gesteld. Hoewel de meerderheid ervaring heeft met vaginale seks (82%), wordt er ook veel gestreeld (boven of onder de kleren) (84%), worden geslachtsdelen aangeraakt of gestimuleerd (83%), ligt men naakt bij elkaar (79%) en streelt men elkaars naakte lichaam (77%). Ook het geven en krijgen van orale seks (55% en 51%), het droog vrijen (43%) en het gebruik van seksspeeltjes komen vaak voor onder seksueel actieve Vlamingen.

## 7 Bijlagen

### 7.1 Lijst stakeholders

#### **Stakeholders die participeerden aan overlegplatform, gebruikersgroep en/of reflectiegroepen**

- Abortuscentrum Gent
- Boysproject CAW De Terp
- Cavaria
- CAW Artevelde
- Centrum voor Verantwoord Ouderschap Oostende
- De Ambrassade
- Domus Medica
- Ella vzw
- Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UA
- Fara
- Ghapro
- GO!
- Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen
- ICRH
- Instituut voor Tropische Geneeskunde
- Intercultureel Netwerk Gent
- IPPF Network
- Jeugd en Seksualiteit vzw
- Joetz
- Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Kinder- en Jongerentelefoon
- Kinderrechtencommissariaat
- Lachesis, expertisecentrum met betrekking tot senioren
- Luna, overkoepelende vereniging van Nederlandstalige abortuscentra
- OCMW Antwerpen
- Pas-Op
- Sensoa
- Steunpunt Algemeen Welzijnswerk
- Unie Vrijzinnige Verenigingen
- Pelvired
- Vakgroep ontwikkelings-, persoonlijkheids- en sociale psychologie, Universiteit Gent
- VIBSO Waregem
- Vlaamse Jeugdraad
- Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen
- Vlaamse Vereniging Seksuologie

- Vlaamse Werkgroep Algemene Gynaecologie
- Vlaamse Onderwijsraad (VLOR)
- Vlaams Secretariaat van het Katholiek Onderwijs (VSKO)
- Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG)
- Wel Jong Niet Hetero
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Louis Pasteur
- Yoetz



## 7.2 Conceptenlijst overlegplatform Sexpert I

CONCEPT	OMSCHRIJVING
<b>Achtergrondvariabelen</b>	
Descriptieve kenmerken	Leeftijd
	Geslacht
	Burgerlijke staat
	Periode gehuwd / samenwonend
	Periode vorige huwelijken / samenwonen
	Jaartal overlijden partner
	Jaartal wettelijke echtscheiding
	Jaartal feitelijke scheiding
	Al dan niet een partner
	Duurtijd relatie huidige partner
Gezinsstructuur	Met wie woon je samen
	Met hoeveel personen woon je samen
	Plaats in rangorde - oudste/jongste in het gezin
Opleiding	Volg je voltijds dagonderwijs
	Leeftijd beëindigen voltijds dagonderwijs
	Hoogste diploma / getuigschrift
Huidige beroep	Huidige beroepstoestand
	Statuut
	Takenpakket
	Niveau tewerkstelling
	Nachtwerk of ploegendienst
Beroepsverleden	Ooit beroep uitgeoefend
	Sinds hoelang geen betaald beroep meer
	Statuut
	Takenpakket
	Niveau tewerkstelling

Nationaliteit	Bij geboorte
Levensbeschouwing	Levensbeschouwing
	Mate van deelname aan religieuze of levensbeschouwelijke bijeenkomsten afgelopen 6 maanden
	Belang religie of levensbeschouwing
Inkomen	Categorie gezamenlijk netto maandinkomen
	Subjectieve beleving van het inkomen
Gezin herkomst	Hoogste diploma/getuigschrift vader en moeder
	Laatste hoofdberoep vader en moeder
	Nationaliteit vader en moeder bij geboorte
	Belang religie gezin van herkomst
Partner	Nationaliteit partner bij geboorte
Stigmabewustzijn bij personen van Marokkaanse of Turkse afkomst	
<b>Relationele en seksuele voorlichting</b>	
Gezinsklimaat	Cohesie en conflict (huidige gezin of gezin van herkomst)
	Openheid seksualiteit en relaties (huidige gezin of gezin van herkomst)
Gebruik en toegang tot informatie	Behoeftte aan informatie over biologische aspecten van seks, veilig vrijen, relaties en seksualiteit in de laatste 6 maanden
	Voorkeur voor bron als men behoefte heeft aan informatie over seksualiteit
	Mate waarin men informatie heeft gekregen via school

Biologische achtergrondgegevens, fysieke en mentale gezondheid	
Fenotype en lichaamsbehaving	Lichaamsbouw mannen en vrouwen
	Lichaamsbehaving mannen
Menstruele cyclus en menopauze	Regelmatigheid en duur menstruele cyclus
	Symptomen menopauze
Zelfinschatting gezondheid	Algemene zelfinschatting gezondheid
	Frequentie fysieke activiteiten
	Beperkingen fysieke activiteiten
	Mentale gezondheid
Medische voorgeschiedenis	Medische aandoeningen en operaties
Gezondheidsrisicofactoren	Lengte en gewicht
	Rookgedrag
	Alcoholgebruik
	Lichaamsbeweging
Medicatiegebruik	Het medicatiegebruik
	Het gebruik van hormonale geneesmiddelen
Hormoonspiegels en hormoongevoeligheid	Afnemen van speekselstalen
Seksuele carrière	
Puberteit	Timing begin lichamelijke veranderingen in vergelijking met leeftijdsgenoten
	Jongens: leeftijd eerste zaadlozing
Eerste ervaringen	Al dan niet ervaring met en leeftijd, leeftijd partner en geslacht van de partner bij eerste tongzoen
	Al dan niet ervaring met en leeftijd eerste keer masturbatie
	Al dan niet ervaring met en leeftijd, geslacht van de partner bij eerste keer seks

	Al dan niet ervaring met en leeftijd, leeftijd partner en geslacht partner bij de eerste keer geslachtsgemeenschap
Context eerste ervaringen	Beleving bij de eerste keer geslachtsgemeenschap
	Pijn en bloeden bij de eerste keer geslachtsgemeenschap
	Condoomgebruik bij de eerste keer geslachtsgemeenschap
	Anticonceptiegebruik bij de eerste keer geslachtsgemeenschap
Onthouding	Redenen en gevoelens indien nog geen ervaring met geslachtsgemeenschap
	Ervaringen met andere seksuele handelingen
Seksuele ervaringen gedurende levensloop	Seksuele aantrekking tot mannen, vrouwen of mannen en vrouwen
	Totaal aantal personen waarmee men seks gehad heeft
	Geslacht personen waarmee men seks gehad heeft gedurende de levensloop
Seksuele ervaringen gedurende de laatste 6 maanden	Frequentie masturbatie in de afgelopen 6 maanden
	Frequentie seks in de laatste 6 maanden
	Frequentie geslachtsgemeenschap in de laatste 6 maanden
	Aantal personen, geslacht personen waarmee men seks heeft gehad in de laatste 6 maanden
	Frequentie orgasme bij seks in de afgelopen 6 maanden
	Tevredenheid over het al dan niet hebben van seks in de laatste 6 maanden
	Tevredenheid frequentie seks in de laatste 6 maanden
	Belang dat gehecht wordt aan het al dan niet hebben van seks

	Soort seksueel gestelde handelingen in de laatste 6 maanden
Onthouding seks laatste 6 maand	Redenen geen seks de laatste 6 maanden
	Tijdstip laatste tongzoen, laatste keer geslachtsgemeenschap en seks
	Interesse in seks in de toekomst
Laatste seksueel contact in de laatste 6 maanden	Tijdstip laatste keer seks
	Aantal personen, geslacht persoon(nen) met wie men de laatste keer seks had
	Relatie tot de persoon(nen) bij dit contact
	Gepland of ongepland seksueel contact
	Locatie laatste seksueel contact
	Beleving laatste seksueel contact
	Invloed van alcohol en/of drugs bij laatste seksueel contact
	Emoties bij laatste seksueel contact
	Communicatie over condoomgebruik bij laatste seksueel contact
	Indien niet de vaste partner: condoomgebruik in functie van voorkomen SOA/HIV besmetting?
	Inschatting risico op SOA of HIV
	Inschatting risico op zwangerschap
Huidige partner	Geslacht en leeftijd van de partner
	Keuzevrijheid bij het kiezen van de partner en waar hebben partners elkaar leren kennen
	Zijn de partners tijdelijk gescheiden geweest
	Tevredenheid met de partnerrelatie
	Tevredenheid over de seksuele relatie met de partner
	Hechting ten opzichte van de huidige partner
	Communicatie over seks met huidige partner

	Tevredenheid frequentie seks met huidige partner in de laatste 6 maanden
	Frequentie van eigen weigeringen en weigeringen door de huidige partner om seks te hebben in de laatste 6 maanden
	Stellen van seksuele handelingen tegen zin op aangeven van partner
	Frequentie stellen van seksuele handelingen tegen zin op aangeven van partner
Vreemdgaan	Ooit/ in de laatste 6 maand vreemd gegaan
	Ooit/ in de laatste 6 maand 1 keer of herhaaldelijk seks gehad met andere persoon dan partner
	Partner was al dan niet op de hoogte van het vreemdgaan
	Verliefd op een andere persoon dan partner tijdens een vaste relatie
	Vreemdgaan door partner tijdens een vaste relatie
Porno	Ooit naar porno gekeken
	Frequentie porno bekijken in de laatste 6 maanden
Prostitutiebezoek	Al dan niet ooit naar een prostitué geweest
	Frequentie prostitutiebezoek ooit en in de afgelopen 6 maanden
	Geslacht prostitué
	Seksuele handelingen met prostitué
	Al dan niet condoomgebruik bij prostitué
<b>Anticonceptie</b>	
Sterilisatie	Ben je gesteriliseerd?
Anticonceptiegebruik ooit	Welke anticonceptiemethoden
Anticonceptiegebruik laatste 6 maanden	Welke anticonceptiemethoden
	Redenen indien geen anticonceptiegebruik

	Hoe vaak gebruik van anticonceptie bij seks in de laatste 6 maanden
	Hoe vaak anticonceptie correct gebruikt
	gebruiksmoeilijkheid anticonceptie
	Pil vergeten (vrouwen)
	Reden gebruik hormonale anticonceptie (vrouwen)
Anticonceptiegebruik momenteel	Welke anticonceptiemethoden
	Redenen indien geen anticonceptiegebruik
Menstruele cyclus (vrouwen)	Huidige cyclus
	Duur gemiddelde cyclus
	Regelmatigheid menstruele cyclus
Morning-afterpil	Kennis morning-afterpil
	Ooit morning-afterpil gebruikt
Condoomgebruik	Attitudes ten opzichte van condoomgebruik
	Ooit een condoom gebruikt
	Ooit condoom willen gebruiken maar partner wou niet of omgekeerd en wat is er toen beslist
Condoomgebruik laatste 6 maanden	Hoe vaak een condoom gebruikt bij seks in de laatste 6 maanden
	Redenen indien geen condoom gebruikt
	Communicatie over condoomgebruik bij een nieuwe partner in de laatste 6 maanden
	Correct gebruik condoom in de laatste 6 maanden
<b>HIV en seksueel overdraagbare aandoeningen</b>	
Testgedrag	Ooit al laten testen op HIV en indien ja, hoe vaak
	Ooit al laten testen op SOA's en indien ja, hoe vaak

HIV	HIV status
	Besmettingswijze HIV
SOA's	Diagnoses ooit (SOA benoemen en wanneer gehad)
<b>Seksuele disfuncties</b>	
Seksuele disfuncties (seks afgelopen 6 maanden én geen seks de afgelopen 6 maanden)	Problemen met seksueel verlangen in de laatste 6 maanden en lijden
	Problemen met opwinding in de laatste 6 maanden en lijden
	Problemen met orgasme in de laatste 6 maanden en lijden
	Pijn / vaginisme en lijden
	Seksuele disfuncties bij de partner en lijden
	Vermijden van seks door seksuele disfunctie
	Contact met hulpverlener omwille van seksuele disfunctie
	Nog seks gehad zonder dat het probleem zich voordeed
<b>Uiterlijk en zekerheid</b>	
Lichaamsbeeld	Onzekerheid over eigen uiterlijk
	Tevredenheid met uiterlijk / lichaam
Reactie op seksuele situaties	Seksuele excitatie en inhibitie
	Factoren die seks makkelijker/moeilijker maken
<b>Zwangerschap, kinderen en kinderwens</b>	
Huidige zwangerschap (respondent of partner)	Jaartal
	Gepland / gewenst
Zwangerschapspoging (respondent of partner)	Hoe lang



Zwangerschappen in het verleden en verloop (respondent / partner)	Aantal zwangerschappen
	Jaartal zwangerschappen
	Gepland / gewenst
	Miskraam/abortus/geboorte kind
Bevallingen	Verloop: vaginaal - keizersnede
	Periode tussen laatste bevalling en seks
Kinderwens	Mate van huidige kinderwens
	Kinderwens in de toekomst
Vruchtbaarheidsproblemen	Huidige problemen of in het verleden problemen gehad
	Contact hulpverlener omwille van vruchtbaarheidsproblemen
	Type hulpverlener
	Perceptie hulp
	Behoeftte hulpverlening
	Redenen geen contact met hulpverlener
	Diagnose subfertiliteit respondent / partner
	Oorzaak subfertiliteit
	Vruchtbaarheidsbehandeling + type
<b>Attitudes en overtuigingen</b>	
Attituden	Opvattingen over seks in verschillende relatievormen
	Opvatting over masturbatie – prostitutie
	Gender/leeftijdsstereotiepe opvattingen
	Opvatting over wettelijke minimumleeftijd voor seks
	Mate van homonegativiteit

Jongeren	
Risicogedrag	Frequentie middelengebruik laatste 6 maanden
	Frequentie roken laatste 6 maanden
	Frequentie alcohol laatste 6 maanden
	Frequentie opzettelijke brandstichting laatste 6 maanden
	Frequentie opzettelijke vernieling in openbaar laatste 6 maanden
	Frequentie diefstal laatste 6 maanden
	Frequentie inbraak laatste 6 maanden
	Frequentie geweld / dreiging met geweld laatste 6 maanden
	Frequentie rondlopen met wapen laatste 6 maanden
	Frequentie verbale belediging laatste 6 maanden
Autodestructief gedrag	Frequentie (gedachten aan) auto-mutilatie laatste 6 maanden
	Frequentie zelfmoordgedachten laatste 6 maanden
	Frequentie niet eten / overgeven i.f.v. gewichtsverlies laatste 6 maanden
Waargenomen risicogedrag vrienden	Middelengebruik
	Diefstal
	Geweld
Waargenomen seksueel gedrag vrienden	Seksueel actief
	Ervaring one-night stand
	Veilig vrijen
	Attitude t.a.v. seks buiten relatie
Gendersamenstelling van de vriendengroep	Meer / minder / evenveel seksegenoten

Gevoeligheid groepsdruk	Frequentie voorkomen bepaalde situaties (lijst met 12 situaties)
Betrokkenheid van de ouders; toezicht ouders op gedrag jongere	Verwachtingen ouders over communicatie seksueel en relationeel leven respondent
Betrokkenheid van de ouders; mate waarin jongere uit zichzelf informatie geeft aan ouders	Spontane communicatie over seksueel en relationeel gedrag met ouders
Schoolbetrokkenheid	Mate van studiebetrokkenheid
Gevoel van zinloosheid	
Ervaring vóór 18 jaar	Ervaring met grensoverschrijdende gedragingen
	Mate van emotionele impact
Meest ingrijpende gebeurtenis vóór 18 jaar	Aantal plegers
	Relatie tot pleger(s)
	Geslacht pleger(s)
	Frequentie van de gebeurtenis
	Leeftijd respondent (eerste + laatste) ervaring
	Komt gebeurtenis nog voor
	Communicatie met derden over gebeurtenis
	Gepercipieerde steun van derden
	Mate van schuld- angstgevoel
Ervaring grensoverschrijdend gedrag door huidige of laatste partner	Frequentie reeks grensoverschrijdende gedragingen (fysiek en emotioneel)
Ervaring grensoverschrijdend gedrag door andere(n)	Frequentie reeks grensoverschrijdende gedragingen + mate van emotionele impact
Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar	Aantal plegers
	Relatie tot pleger(s)
	Geslacht pleger(s)
	Frequentie van de gebeurtenis

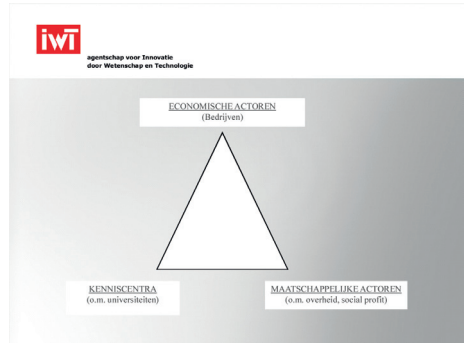
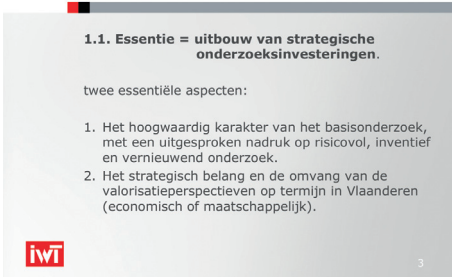
	Leeftijd respondent (eerste + laatste) ervaring
	Komt gebeurtenis nog voor
	Communicatie met derden over gebeurtenis
	Gepercipieerde steun van derden
	Mate van schuld- of angstgevoel
<b>Leefstijl en sociale ondersteuning</b>	
Leefstijl	Mate van utilitair individualisme
	Mate van solidarisme
	Mate van expressief individualisme
	Mate van etnocentrisme
Culturele leefstijl	Hoeveelheid tijd tv kijken
	Minst favoriete + favoriete tv-zender
	Muziekvoorkeur
	Mate van publieke receptieve participatie
	Frequentie sportactiviteiten voorbij 6 maanden
Sociaal kapitaal	Intensiteit van sociale contacten met burens, vrienden of kennissen en familie afgelopen 6 maanden
	Heterogeniteit van het sociaal netwerk
	Mate waarin men verschillende types sociale steun ervaart
	Mate van sociale cohesie in de buurt
Minderheden en discriminatie	
Gepercipieerde discriminatie	Frequentie ervaringen met discriminerende situaties laatste 6 maanden

### 7.3 Presentaties symposium ‘Seksuele Gezondheid in Vlaanderen’

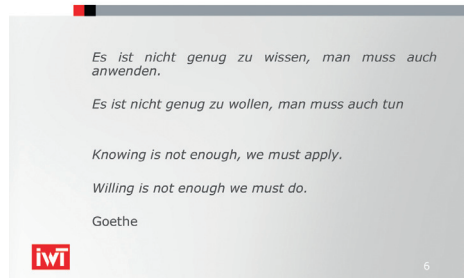
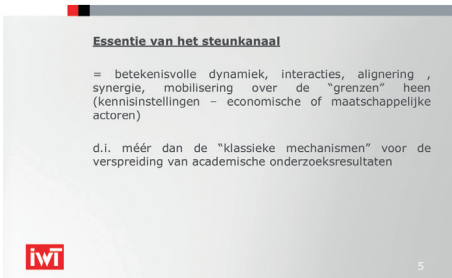
#### Paul Schreurs (IWT): Toelichting bij het SBO-kanaal

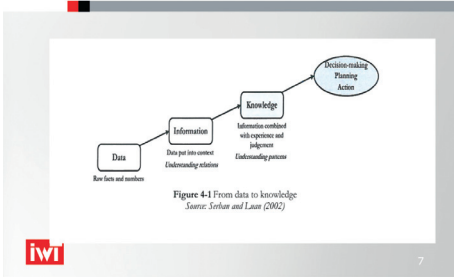


#### Basiskenmerken van het SBO-kanaal



#### Basiskenmerken van een SBO-project.





7

Tell me. I may listen.

Teach me. I may remember.

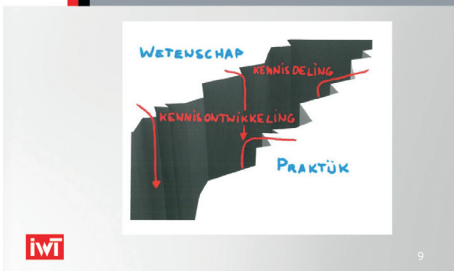
Involve me, and I will do it.

Old Chinese wisdom



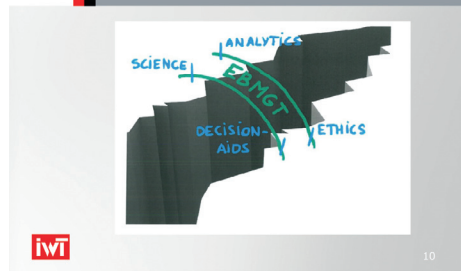
8

**Nood aan versterken van practice-based evidence en evidence-based practice.**  
Bron: Cedric Velghe en Frederik Anseel (U. Gent)



9

**Nood aan versterken van practice-based evidence en evidence-based practice.**  
Bron: Cedric Velghe en Frederik Anseel (U. Gent)



10

**Monitoring van SBO-projecten.**

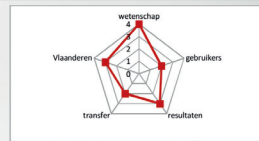
**Succesindicatoren voor effecten en outcomes.**

de propagatie en diffusie van de onderzoeksoutput in vervolg projecten en implementatie-activiteiten (desgevallend gefinancierd met andere steunkanalen of mechanismen)

- transfer en benutting door maatschappelijke organisaties
- bilaterale vervolgprojecten met individuele organisaties;
- implementatie in overheidsbeleid; vervolgonderzoek of dienstverlening in kader steunpunten of opdrachten voor beleidsondersteunend onderzoek
- 'intangibles' and gedragsadditionaliteiten (e.g. meer open attitude, meer convergentie en alignering tussen actoren)



11



**Legende**

Wetenschap	Kwaliteit van de wetenschappelijke uitvoering
Gebruikers	Kwaliteit van de interactie met bedrijven en maatschappelijke gebruikers
Resultaten	Kwaliteit van de resultaten in termen van valoriseerbaarheid
Transfer	Mate waarin transfer naar bedrijven of maatschappelijke actoren gerealiseerd wordt en de resultaten aangewend worden door de gebruikers
Vlaanderen	Strategisch economisch of maatschappelijk perspectief voor Vlaanderen



12

**Contact voor verdere vragen.**

Paul Schreurs  
SBO-programmacoördinator  
IWT-Vlaanderen  
Koning Albert II laan 35 b 16  
B-1030 Brussels  
tel. 02-4324288  
fax 02-4324399  
E-mail [sbo@iwt.be](mailto:sbo@iwt.be)  
Internet <http://www.iwt.be/subsidies/sbo>



13



agentschap voor Innovatie  
door Wetenschap en Technologie

Koning Albert II-laan 35, bus 16  
B-1030 Brussel  
Tel.: +32 (0)2 432 42 00  
Fax.: +32 (0)2 432 43 99  
E-mail: [info@iwt.be](mailto:info@iwt.be)  
[www.iwt.be](http://www.iwt.be)

# Coördinator Alexis Dewaele: overzicht van de belangrijkste Sexpert-resultaten



## SEXPert Seksuele gezondheid in Vlaanderen

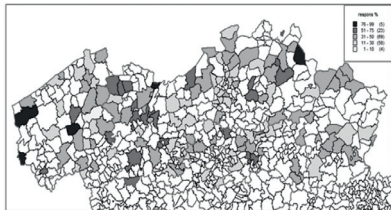


### Introductie Sexpert I

- Wat is het resultaat?
  - 1832 Vlamingen
  - Drie gelijke leeftijdsgroepen
    - Jongeren (14-25)
    - Volwassenen (26-49)
    - 49+

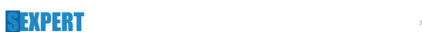


### Regionale spreiding



### Kijkwijzer

- Statistisch significante verschillen
- Zinnige verschillen
- Geen bewijs voor oorzaak - gevolg
- Geen onderscheid tussen generatie- of leeftijdseffect



### Introductie Sexpert I

- **Waarom?**
  - Gebrek aan betrouwbare gegevens
  - Maatschappelijk relevant
  - Innovatie
- **Wie?**
  - IWT
  - Twee universiteiten, vier onderzoeksgroepen
- **Hoe?**
  - Deelnemers toevallig uitgekozen
  - Huisbezoeken door interviewer
  - Gevoelige gegevens zelf in te vullen via laptop
  - Speekselstalen

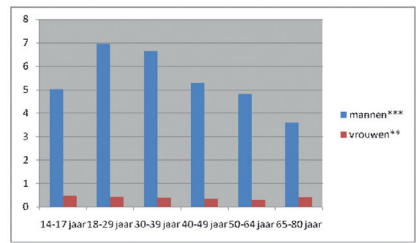


### Representatieve en betrouwbaar?

- **Socio-demografische kenmerken**  
Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, regionale spreiding...
- **Biologische kenmerken**  
BMI, roken, lichaamsbeweging, alcohol en verbruik van psychotrope geneesmiddelen, androgeengevoeligheid
- **Psychologische kenmerken**  
Mentale gezondheid, zelfbeeld, relatie- en seksuele tevredenheid...



### Testosteronwaarde



### Hoe ziet de seksuele gezondheid er uit?

Het gezinsklimaat	Seksuele profielen
Seksuele ervaringen	Seksueel grensoverschrijdend gedrag
Seksuele praktijken	Reproductief welzijn
Seksuele beleving	Seksuele disfuncties
Anticonceptie, veilig vrijen en testgedrag	De seksuele start





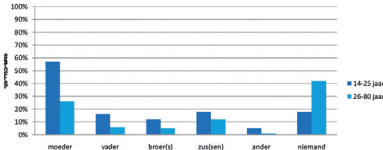
## HET GEZINSKLIMAAT



9

### Bij wie kon men terecht om te praten over seks?

- Moeder is belangrijkste vertrouwenspersoon
- In de oudere leeftijdsgroep: 40% kon bij niemand terecht



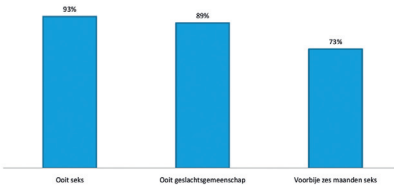
Figuur 4: Personen in het gezin bij wie men kon terecht kon met vragen over seks en relaties (N=26); (N=188, n=52); (N=144)



11

### Seksuele ervaring

- De meeste (van alle) respondenten hebben ervaring met seks en geslachtsgemeenschap



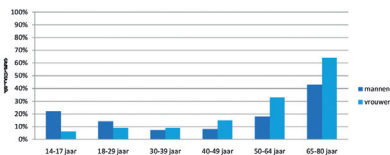
Figuur 5: Percentage respondenten dat ooit seks, ooit geslachtsgemeenschap of de voorbijje zes maanden seks had (N=1825)



13

### Geen seks gehad voorbijje zes maanden

- Groter aandeel 'geen seks gehad' in oudere leeftijdscategorieën



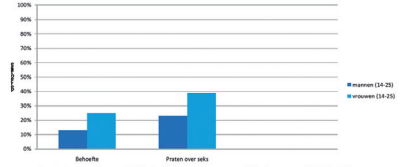
Figuur 7: Percentage dat geen seks had de afgelopen zes maanden, bij de seksueel ervaren groep (N=1400)



15

### Het gezinsklimaat

- Respondenten ervaren hun huidige gezin als eerder warm
- Meer praten over seks dan behoefte aan praten over seks bij jongeren



Figuur 3: Percentage dat soms, vaak of heel vaak behoefte heeft aan een gesprek of wil praten over seks (N=188)



10



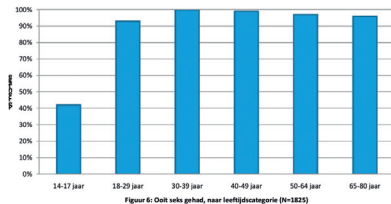
## SEKSUELE ERVARINGEN



12

### Seksuele ervaring

- Van de minderjarigen heeft 42% seks gehad



Figuur 6: Ooit seks gehad, naar leeftijdscategorie (N=1825)



14

### Waarom niet?

- 37%: geen behoefte
- 35%: ik heb geen relatie
- 14%: gezondheidsprobleem
- Mannen: een seksueel- of gezondheidsprobleem
- Vrouwen: mijn partner is overleden of heeft een seksueel probleem, ik heb er geen behoefte (meer aan)



16



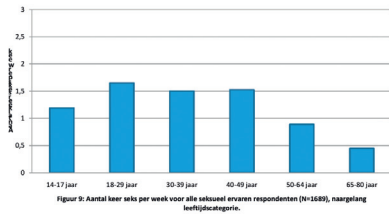


## SEKSUELE PRAKTIJEN



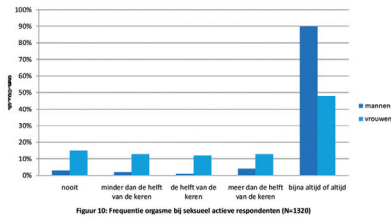
17

### Variatie naargelang leeftijdscategorie



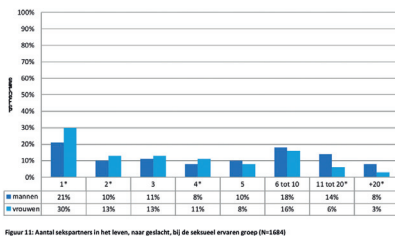
19

### Frequentie orgasme bij mannen en vrouwen



21

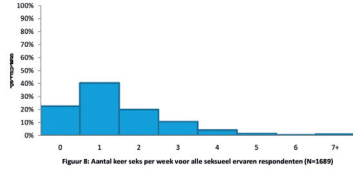
### Aantal partners?



23

### Hoeveel keer seks per week?

- Seksueel ervaren respondenten hebben gemiddeld 1 keer per week seks



18

### Orgasme

- Mannen hebben vaker een orgasme dan vrouwen
- Zowel bij mannen als bij vrouwen is er een positief verband tussen het ervaren van een orgasme en seksuele tevredenheid



20

### Aantal partners?

- Mannen hebben gemiddeld 9 partners, vrouwen 5
- De mediaan bedraagt respectievelijk 4 en 3
- De modus is 1
- De variatie is groter bij mannen
  - Mannen: 50% van de respondenten tussen 2-9
  - Vrouwen: 50% van de respondenten tussen 1-4



22

### Seksuele oriëntatie

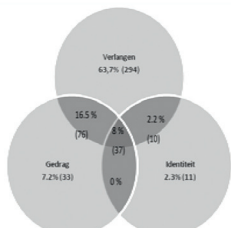
Meerdere dimensies: zelfbenoeming, verlangen, gedrag

- 3% benoemt zichzelf als holebi
- 6% fantaseert voornamelijk over het eigen geslacht of over beide geslachten
- 3% voelt zich aangetrokken tot beide geslachten of enkel tot hetzelfde geslacht
- 2% had enkel seks met partners van hetzelfde geslacht of met partners van beide geslachten
- 25% scoort op minstens één dimensie niet uitsluitend heteroseksueel



24

### Seksuele oriëntatie

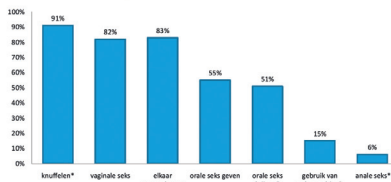


Figuur 17: Onderlinge relatie tussen de verschillende dimensies (seksueel gedrag, seksueel verlangen en zelfbenoeming) (N=481)

25

### Seksuele handelingen

- 16 handelingen werden bevraagd (van knuffelen tot groepsseks) bij seksueel actieve respondenten

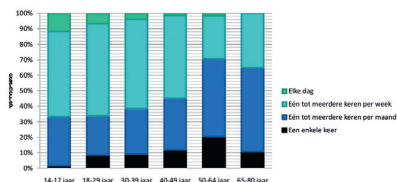


Figuur 12: Ervaring met seksuele handelingen de voorbije zes maanden, bij de seksueel actieve groep (N=1332)



26

### Frequentie masturbatie

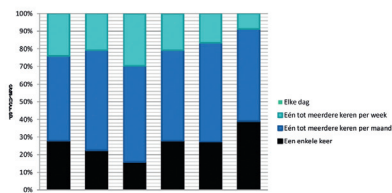


Figuur 13: Frequentie van masturbatie (mannen) de voorbije zes maanden, bij mannen die de voorbije maanden minstens één keer gemasturbeerd hebben (N=64)



27

### Frequentie masturbatie

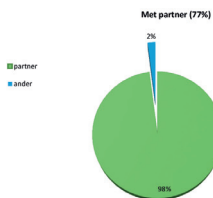


Figuur 14: Frequentie van masturbatie (vrouwen) de voorbije zes maanden, bij vrouwen die de voorbije zes maanden minstens één keer gemasturbeerd hebben (N=415)



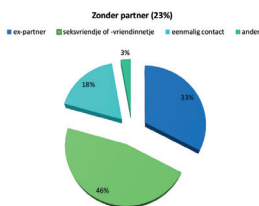
28

### Met wie?



Figuur 15: Persoon waarmee men de laatste keer seks had, met partner (N=1188)

### Met wie?



Figuur 16: Persoon waarmee men de laatste keer seks had, zonder partner (N=107)

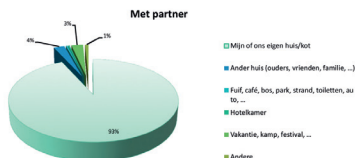
### Met wie?

- Respondenten met een vaste partner
  - meer seks en meer tevreden
- Seks buiten de relatie?
  - 26% van de mannen
  - 22% van de vrouwen
- 14% van de mannen bezocht ooit een prostituee, ook één vrouw



31

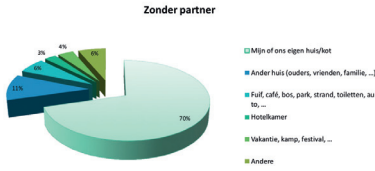
### Waar?



Figuur 18: Locatie van het seksueel contact, respondenten met partner (N=1188)

32

Waar?



Figuur 19: Locatie van het seksueel contact, respondenten zonder partner (N=1132)

33



SEKSUELE BELEVING



34

Seksuele beleving

- De meeste respondenten beleven hun seksuele contacten vrij tot heel positief (gemiddelde score = 4.4)
  - Mannen (3.8) vinden seks iets belangrijker dan vrouwen (3.5)
  - Maar ze zijn even tevreden over hun seksleven
  - Voor 65-plussers is seks minder belangrijk
  - Ze zijn minder tevreden over hun seksleven
- Wat belemmert een goed seksleven?
  - Stress, ruzie met de partner en zorg voor de kinderen
- Wat bevordert een goed seksleven?
  - Een romantische sfeer, weg zijn van huis en tijd kunnen vrijmaken



VEILIG VRIJEN EN TESTGEDRAG



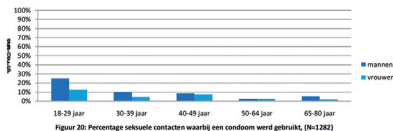
35



36

Veilig vrijen: condoomgebruik

- Bij 9% van de seksuele contacten werd een condoom gebruikt. Bij de jongste leeftijdsgroep (18-29) is dat 18%
- Jonge mannen gebruiken vaker een condoom dan jonge vrouwen



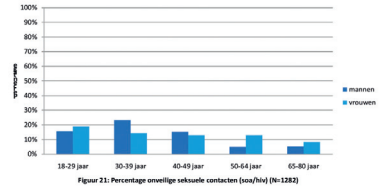
- Respondenten zonder partner gebruiken vaker een condoom (33%) dan respondenten met een partner (6%)



37

Veilig vrijen: soa/hiv

- Bij 14% was het contact onveilig
- Bij mannen rapporteren dertigers vaker een onveilig contact

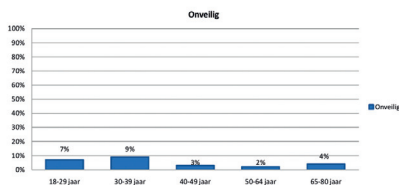


Waarom is men zeker? 59% heeft al lange tijd relatie, bij 16% is het voor beide de eerste keer, 9% heeft erover gesproken, 5% heeft zich laten testen, 11% om andere reden.

38

Veilig vrijen: zwangerschap

Bij 5% was er risico, vaker bij jongvolwassenen en dertigers

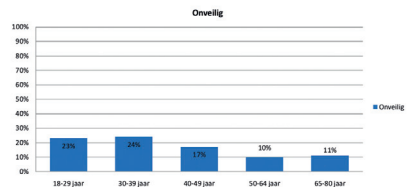


Waarom is men zeker? 41% is onvruchtbaar, 37% gebruikte AC, 10% 'het was een veilige periode', 3% er was geen vaginale penetratie, 2% coitus interruptus.

39

Veilig vrijen: soa/hiv en zwangerschap

Bij 18% was er risico, vaker bij jongvolwassenen en dertigers



Figuur 23: Percentage onveilige seksuele contacten (soa/hiv + zwangerschap) (N=1207)

40



## Soa, hiv, testgedrag

- 13% liet zich ooit testen op soa's
- 29% van hen had een soa
- 4% van de totale steekproef
- 30% liet zich testen op hiv
- Geen enkele respondent rapporteerde hiv-positief te zijn
- Respondenten die zich laten testen, hebben gemiddeld een hoger aantal sekspartners



43

## 5 profielen

- ▷ **Zorgeloos**  
Tevreden, matig actief, geen seksgerelateerde problemen
- ▷ **Explorer**  
Tevreden, seksueel actief, hoge kans op seksgerelateerde problemen
- ▷ **Take it easy**  
Matig tevreden, weinig actief, hoge kans op functieproblemen
- ▷ **Actief maar niet tevreden**  
Veel partners in leven, momenteel weinig seks, geen seksgerelateerde problemen, niet tevreden
- ▷ **Ontevreden**  
Inactief, hoge kans op seksgerelateerde problemen, niet tevreden



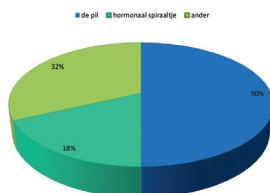
43

- 22% van de vrouwen en 11% van de mannen heeft ervaring met een of meerdere vormen van SGG voor 18 jaar
- 14% van de vrouwen en 3% van de mannen heeft ervaring met een of meerdere vormen van SGG na 18 jaar
- 11% van de vrouwen rapporteert een poging tot verkrachting of verkrachting voor de leeftijd van 18 jaar, en 9% na de leeftijd van 18 jaar
- In welke mate gaat dit samen met fysiek en mentaal welbevinden en met andere indicatoren van seksuele gezondheid?



45

## Gebruik van anticonceptie



Figuur 24: Anticonceptiegebruik bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd (N=324)



47



Wouter Pinxten &amp; Prof. John Lievens

## SEKSUELE PROFIELEN



42



Sabine Hellemans &amp; Prof. Ann Buysse

## SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG (SGG)



44



Joke Vandamme &amp; Prof. Ann Buysse

## REPRODUCTIEF WELZIJN



46

## Gebruik van anticonceptie

- De pil is de meest gebruikte methode (50%) tussen 14-49 jaar
- Het hormonaal spiraaltje is populairder bij jetwet oudere respondenten (vanaf 30 jaar)
- 11% van de vrouwen vindt het nemen van de pil moeilijk
- Bijna alle vrouwen kennen de morning-afterpil (i.e. noodanticonceptie). Een kwart van de vrouwen heeft ze al minstens één keer gebruikt



48

## Zwangerschap en vruchtbaarheid

- Recente zwangerschappen
  - 25% is ongepland
  - 18% is initieel ongewenst
  - 5% Eindigt in een abortus
- Ongeplande zwangerschappen
  - 68% is aanvankelijk ongewenst
  - Retrospectief slechts 30% ongewenst
- Vruchtbaarheidsproblemen
  - 13% van de vrouwen
  - De meerderheid (71%) zocht hulp
  - 60% startte een behandeling na een diagnose van subfertiliteit
- 11% van de zwangerschappen eindigt in een miskraam



49



Lies Hendrickx &amp; Prof. Paul Enzlin

## SEKSUELE DISFUNCTIES



50

- Een seksuele functiestoornis versus een seksuele disfunctie?
- Meer vrouwen dan mannen
  - rapporteren minstens één verstoorde seksuele functie (34% versus 29%)
  - rapporteren minstens één seksuele disfunctie (18% versus 11%)
- Mannen ervaren vooral erectiestoornissen en premature ejaculatie als een probleem
- Vrouwen ervaren vooral een tekort aan (spontaan en responsief) verlangen en een gebrekkige lubricatie als een probleem



51



Katrien Symons, Prof. Mieke Van Houtte, Dr. Hans Vermeersch

## DE SEKSUELE START



52

### De timing van de eerste keer

- Trend van vroeger starten over de generaties
- Niet noodzakelijk minder goed voorbereid

### Kenmerken en beleving van de eerste keer

- Doorgaans een goede ervaring
- Doorgaans op een veilige manier

→ verschillen naargelang geslacht en leeftijd eerste keer

### Kenmerken seksuele intrede – latere seksuele loopbaan

- Leeftijd eerste keer
- Leeftijdsverschil met eerste partner



53

# Onderzoekster Joke Vandamme: Ongeplande/ongewenste zwangerschap



## Ongeplande/ongewenste zwangerschap

JOKE VANDAMME  
PROF. DR. ANN BLUYSE

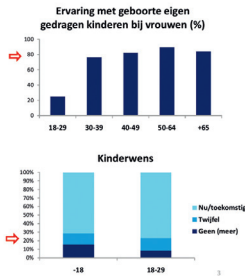
### Inhoud

- Huidige zwangerschapscontext
  - Kinderloosheid
  - Leeftijd
- Onbedoelde zwangerschappen laatste 10 jaar
  - Bewraving in Sexpert
  - Prevalentie
  - Dynamiek
  - Abortus
- Aandacht voor de context
  - Generatieverschillen
  - Demografische verschillen
- Onbedoelde zwangerschappen en welzijn
- Samenvatting
- Vertaling door Carine Vrancken (LUNA)
- Beleidsgerichte vragen en discussie



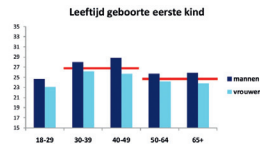
### 1. Huidige zwangerschapscontext: kinderloosheid

- Overgrote meerderheid van de vrouwen heeft eigen gedragen kinderen
- Gemiddeld 1,5 kinderen per vrouw
- Meerderheid kinderloze respondenten willen wel nog kinderen
- Eén op vier jongeren en jongvolwassenen twijfelt of wil geen kinderen
- Geen geslachtsverschil



### 1. Huidige zwangerschapscontext: leeftijd

- Gekende uitstel geboorte eerste kind
- Mannen later dan vrouwen
- Ervaring met tienermoederschap (-18 jaar): 0.6%
- Geen huidige tienermoeders in de steekproef



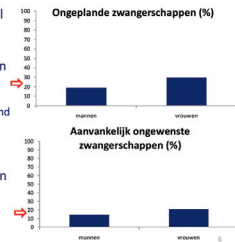
### 2. Onbedoelde zwangerschappen laatste 10 jaar: bewraving in Sexpert

- Hoe vaak ben je al zwanger geweest? Hoe vaak is er al iemand van jou zwanger geweest? Reken hier ook eventuele miskramen en abortussen bij.
- We gaan het nu verder hebben over de keren dat je zwanger was/We gaan het nu verder hebben over de keren dat iemand van jou zwanger was.
- Was deze zwangerschap gepland? Ja / Nee
- Was deze zwangerschap gewenst? Ja, meteen vanaf het begin / Aanvankelijk niet, maar daarna wel / Nee
- Is deze zwangerschap tot het einde uitgedragen? Ja / Nee, ik heb (mijn partner heeft) een miskraam gehad (spontane of ingeleide miskraam) / Nee, ik heb (mijn partner heeft) de zwangerschap laten afbreken / Nee, de zwangerschap werd afgebroken om medische redenen



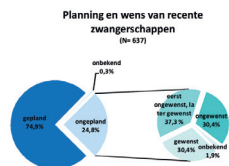
### 2. Onbedoelde zwangerschappen laatste 10 jaar: prevalentie

- Eén op vier (25%) ongepland
- Bijna één op vijf (18%) initieel ongewenst
- Hoger percentage bij vrouwen
  - Verschil valt weg na controle andere factoren
  - Aandeel onwens op ongepland ongeveer evenredig
- Cijfers iets hoger dan Nederland, vooral bij vrouwen
- Vergelijkbare cijfers Frankrijk



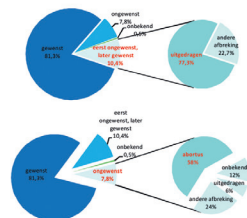
### 2. Onbedoelde zwangerschappen laatste 10 jaar: dynamiek

- Twee op drie ongeplande zwangerschappen initieel ook ongewenst
- Slechts één op drie retrospectief nog steeds ongewenst



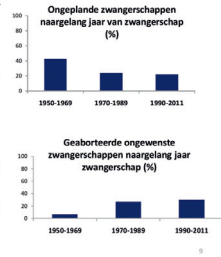
### 2. Onbedoelde zwangerschappen laatste 10 jaar: abortus

- 5% van de zwangerschappen
- Initieel ongewenste zwangerschappen in één op drie (29%) een abortus
  - Helft (49%) uitgedragen
  - Andere afbrekingen (22%)
  - Gelijkaardig in Nederland en Frankrijk
- Verband uitkomst en beleving:
  - Geen enkele geboorteerde zwangerschap retrospectief gewenst
  - Bijna geen enkele uitgedragen zwangerschap nog steeds ongewenst



3. Aandacht voor de context: generatieverschillen?

- Zwangerschappen uit jaren '70- nu **minder ongepland** dan daarvoor
- Relatief **constant aandeel ongewenste** zwangerschappen (1/6)
- Bij jongere respondenten ongepland vaker ook ongewenst
- Ongewenste zwangerschappen uit jaren 70-'90 **vaker geboorteed** dan in de jaren daarvoor, ondanks afwezigheid legale context



3. Aandacht voor de context: demografische verschillen?

Een zwangerschap is vaker ongepland

- naargelang men **jonger** is op het moment van de zwangerschap

Maar... 44% van de zwangerschappen bij de veertigers is ongepland en slechts bij 2.9% gaat het om tiemers

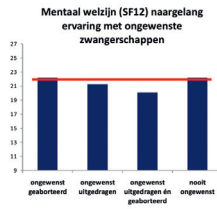
- naargelang men reeds meerdere **zwangerschappen voorheen** heeft meegemaakt

Maar... de tweede zwangerschap is het vaakst gepland, gevolgd door de eerste



4. Onbedoelde zwangerschappen en welzijn..

- Ooit uitgedragen zwangerschap meegemaakt die initieel ongewenst was = lager mentaal welzijn
- Ooit abortus meegemaakt = even hoog mentaal welzijn
- Ooit beide meegemaakt = laagste mentaal welzijn
- Geen geslachtsverschillen
- Geen duidelijke verschillen in seksueel welzijn



5. Samengevat...

Zwanger worden is meer een **gepland gebeuren**

Maar... **1 op 4** recente zwangerschappen wordt als ongepland benoemd

Ongewenste zwangerschappen zijn van **alle tijden**

Maar... voor **jongeren** is ongepland iets vaker gelijk aan ongewenst

Ongepland zwanger zijn is voor de meesten **initieel** een **onaangename** ervaring

Maar... een ongewenste zwangerschap is een **dynamisch** gegeven

Een ongewenste zwangerschap wordt **vaker afgebroken**

Maar... al **vóór** de invoering van de wet!

Aandacht voor **uitgedragen ongewenste** zwangerschappen versus abortus

Maar... geen oorzaak-gevolg **verbanden!**





# Onderzoekster Katrien Symons: De seksuele start



## De seksuele start

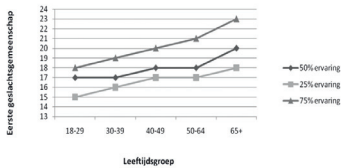
Timing en kenmerken van de eerste keer, en verbanden met de latere seksuele loopbaan

Dra. Katrien Symons  
Prof. Dr. Mieke Van Houtte  
Dr. Hans Vermeersch



### Dynamieken

- Meer erg late starters bij de oudere generaties
- Meer vroege starters bij de jongste generatie
- Middenmoot is minder sterk veranderd



### Opleidingsniveau

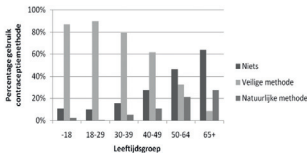
- **Jongeren:**  
BSO meer kans op ervaring geslachtsgemeenschap dan ASO
- **Volwassenen:**  
hoger opgeleiden (iets) later gestart
- **Alle seksueel actieve respondenten:**  
hoger opleidingsniveau van de moeder → latere leeftijd eerste keer (klein effect)

→ Het opleidingsniveau als indicator voor de ruimere sociale leefomgeving



### Contraceptie

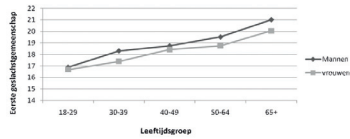
- **Oudere generaties:** meestal niets of een natuurlijke methode
- **Methode:** voornamelijk condoom; de pil doorgaans nog niet
- **Vroege starters:** even vaak contraceptie als latere starters
- **Voor vrouwen:** naarmate de eerste partner ouder was, gebruikten zij minder vaak contraceptie



## 1. Timing van de eerste keer

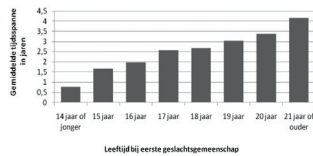
### Leeftijd eerste keer

- (Internationale) trend van vroeger starten over de generaties
- Stabilisatie laatste decennia
- Vrouwen starten iets vroeger dan mannen



### Tijdspanne eerste tongzoen – eerste geslachtsgemeenschap

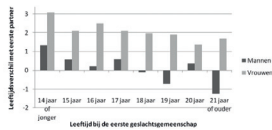
- Indicatie seksuele rijpheid
- Gemiddeld traject = 2,7 jaar (gelijk voor alle generaties en beide geslachten)
- Vroege starters hebben korter traject



## 2. Kenmerken en beleving van de eerste keer

### Leeftijdsverschil met eerste partner

- **Mannen:** eerste partner gemiddeld even oud tot een jaar jonger
- **Vrouwen:** eerste partner gemiddeld twee jaar ouder
- Naarmate de eerste partner ouder was, is men vroeger gestart



### Bloedverlies

- Slechts 59% van de vrouwen!
- Culturele misvattingen

### Pijn

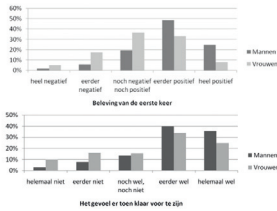
- Ongeveer de helft van de vrouwen
- Geen verband met leeftijd eerste keer
- Pijn en bloedverlies hangen samen



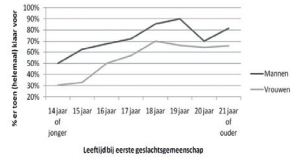


**Beleving en het gevoel er klaar voor te zijn**

- Doorgaans een goede ervaring
- Voor mannen nog iets 'leuker'



- **Vrouwen:** positievere beleving bij latere eerste keer
- **Mannen en vrouwen:** meer het gevoel er klaar voor te zijn bij latere eerste keer



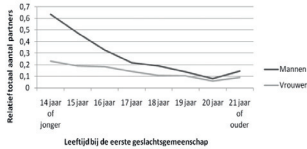
- **Mannen:** het gevoel er minder klaar voor te zijn bij oudere eerste partner



**3. De latere seksuele loopbaan**

**Totaal aantal sekspartners**

- **Vroege starters:** gemiddeld meer sekspartners



- **Mannen:** een oudere eerste partner voorspelt meer sekspartners

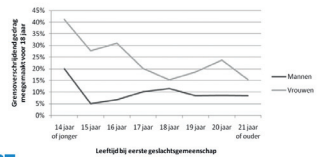


**Ongewenste zwangerschap**

- Resultaten zijn onduidelijk

**Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) voor 18 jaar**

- **Vrouwen:** vroege starters lopen hoger risico slachtofferschap
- **Mannen:** hoger risico bij een oudere eerste partner



**Voornaamste conclusies**

- **Leeftijd eerste keer:**
  - dalende trend, verklaard door verschillende dynamieken
  - aanloop naar eerst keer toe is niet verkort
- **Ervaring eerste keer:**
  - doorgaans positief, voor mannen nog iets meer
  - helft van de vrouwen ervaart pijn
- **Bloedverlies ? maagdelijkheidstest!**
- Doorgaans veilig, zeker bij de jongere generaties

- **Vroege starters :**
  - **Mannen en vrouwen:** kortere aanloop, gemiddeld een oudere eerste partner, gemiddeld het gevoel er minder klaar voor te zijn, gemiddeld meer seksuele partners
  - **Vrouwen:** minder positieve beleving en een hoger risico op slachtofferschap van SGG voor 18 jaar
- **Oudere eerste partner :**
  - **Mannen:** voelden zich er minder klaar voor, later meer sekspartners, meer risico op slachtofferschap van SGG voor 18 jaar
  - **Vrouwen:** minder vaak contraceptie bij de eerste keer



# Onderzoekster Sabine Hellemans: Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag



## SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

SABINE HELLEMANS  
PROF. DR. ANN BUYSSE

### SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

#### Definitie

**SEKSUEEL GEWELD OF SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG (SGG)** verwijst naar elke situatie waarin een persoon gedwongen wordt om seksuele handelingen te stellen of te ondergaan tegen zijn/haar zin. SGG kan verschillende vormen aannemen, zo kan het gaan om ongewenste seksuele opmerkingen tot ernstig lichamelijk geweld.

#### Prevalentie onderzoek

Geen eenduidige cijfers

- Theoretische invalshoek (sociaal-psychologisch; juridisch; sociologisch)
- Onderzoekspopulatie (klinische vs. populatie steekproeven)
- Meetperiode (kindertijd, volwassenheid, life time,...)
- Definiëring SGG (enge vs. ruime definitie)



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

3

### SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

#### Gezondheidsuitkomsten

Geen uniformiteit in gezondheidsuitkomsten

- Fysiek & mentaal welzijn  
Verminderde zelfwaarde, post-traumatische stressstoornis, angst, depressie, verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsstoornis,...
- Seksueel functioneren  
Seksueel risico-gedrag, meer sekspartners, vroeger eerste keer seks, seksuele revictimisatie, seksuele problemen, SGA/NTV,...
- Relatoneel functioneren  
Relatieproblemen, intiem partnergeweld, hechtingsproblemen,...



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

5

### SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

ENKEL RESPONDENTEN ≥ 18 JAAR HEBBEN GEANTWOORD OP DEZE VRAGEN

Heeft iemand voor de leeftijd van 18 jaar... Heeft iemand na de leeftijd van 18 jaar...	Neen	Ja
Kwetende seksuele opmerkingen tegen jou gemaakt?		
Je op een kwetsende manier seksueel aangepraakt/vastgepakt?		
Je gedwongen om naakt te zijn?		
Je gedwongen om naar seksuele beelden te kijken?		
Je gedwongen tot masturbatie?		
Je gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan?		
Je proberen verkrachten?		
Je verkracht?		
Iets anders gedaan?		



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

7

### SEKSUELE GEZONDHEID (WHO, 2002)

"Een staat van fysiek, emotioneel en mentaal welbevinden met betrekking tot seksualiteit"

Het is meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en relaties

SEKSUELE GEZONDHEID

Bovendien vereist seksuele gezondheid de mogelijkheid om prettige en veilige seksuele ervaringen op te doen, vrij van dwang, discriminatie en GEWELD

Om tot seksuele gezondheid te komen en te handhaven moeten de seksuele rechten van alle mensen worden gerespecteerd en waar gemaakt."



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

2

### SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

#### Enkele representatieve bevolkingsstudies

Waar	Wanneer	Auteurs	Vrouwen	Mannen	Seksueel geweld
BELGIE	2010	Pieters et al.	8.9%	3.2%	Seksueel geweld < 18 jaar
			5.6%	0.8%	Seksueel geweld > 18 jaar
NL	2009	Bakker et al.	1/3	1/20	Ooit seksueel geweld
FR	2008	Bajos et al.	20.4%	6.8%	Ooit seksuele agressie
US	1994	Laumann et al.	17%	12%	'Sexually touched' < 13 jaar
			22.4%	3.6%	Ooit 'forced sex'



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

4



## SEXPERT-STUDIE

### 1. PREVALENTIE & VORMEN VAN SGG 1.1. VORMEN VAN SGG VOOR & NA 18 JAAR

	SGG VOOR 18			SGG NA 18		
	Totaal	M	V	Totaal	M	V
Kwetende seksuele opmerkingen	14.0%	10.0%	18%	9.8%	5.5%	14.1%
Op een kwetsende manier seksueel aangeraakt/vastgepakt	13.6%	7.6%	19.5%	7.3%	2.1%	12.4%
Gedwongen om naakt te zijn	5.2%	3.5%	6.9%	1.9%	.3%	3.5%
Gedwongen om naar seksuele beelden te kijken	2.2%	1.8%	2.6%	1.2%	.2%	2.1%
Gedwongen tot masturbatie	2.5%	2.0%	3.0%	.7%	0%	1.4%
Gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan	3.3%	1.4%	5.3%	2.4%	0%	4.8%
Poging tot verkrachting	3.9%	1.1%	6.7%	2.6%	.4%	4.7%
Verkrachting	2.3%	0.7%	3.9%	2.2%	.4%	3.8%
Iets anders	4.2%	2.2%	6.3%	1.3%	.2%	2.5%



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

8

1. PREVALENTIE & VORMEN VAN SGG  
1.1. VORMEN VAN SGG VOOR & NA 18 JAAR

	SGG VOOR 18			SGG NA 18		
	Totaal	M	V	Totaal	M	V
Kwetende seksuele opmerkingen	14.0%	10.0%	18%	9.8%	5.5%	14.1%
Op een kwetende manier seksueel aangeraakt/vastgepakt	13.6%	7.6%	19.5%	7.3%	2.1%	12.4%
Gedwongen om naakt te zijn	5.2%	3.5%	6.9%	1.9%	.3%	3.5%
Gedwongen om naar seksuele beelden te kijken	2.2%	1.8%	2.6%	1.2%	.2%	2.1%
Gedwongen tot masturbatie	2.5%	2.0%	3.0%	.7%	0%	1.4%
Gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan	3.3%	1.4%	5.3%	2.4%	0%	4.8%
Poging tot verkrachting	3.9%	1.1%	6.7%	2.6%	.4%	4.7%
Verkrachting	2.3%	0.7%	3.9%	2.2%	.4%	3.8%
Iets anders	4.2%	2.2%	6.3%	1.3%	.2%	2.5%

1. PREVALENTIE & VORMEN VAN SGG  
1.1. VORMEN VAN SGG VOOR & NA 18 JAAR

	SGG VOOR 18			SGG NA 18		
	Totaal	M	V	Totaal	M	V
Kwetende seksuele opmerkingen	14.0%	10.0%	18%	9.8%	5.5%	14.1%
Op een kwetende manier seksueel aangeraakt/vastgepakt	13.6%	7.6%	19.5%	7.3%	2.1%	12.4%
Gedwongen om naakt te zijn	5.2%	3.5%	6.9%	1.9%	.3%	3.5%
Gedwongen om naar seksuele beelden te kijken	2.2%	1.8%	2.6%	1.2%	.2%	2.1%
Gedwongen tot masturbatie	2.5%	2.0%	3.0%	.7%	0%	1.4%
Gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan	3.3%	1.4%	5.3%	2.4%	0%	4.8%
Poging tot verkrachting	3.9%	1.1%	6.7%	2.6%	.4%	4.7%
Verkrachting	2.3%	0.7%	3.9%	2.2%	.4%	3.8%
Iets anders	4.2%	2.2%	6.3%	1.3%	.2%	2.5%

1. PREVALENTIE & VORMEN VAN SGG  
1.2. ALGEMENE PREVALENTIE SGG

Kwetende seksuele opmerkingen tegen jou gemaakt?

Je op een kwetende manier seksueel aangeraakt/vastgepakt?

Je gedwongen om naakt te zijn?

Je gedwongen om naar seksuele beelden te kijken?

Je gedwongen tot masturbatie?

Je gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan?

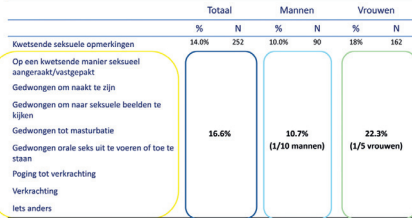
Je proberen verkrachten?

Je verkracht?

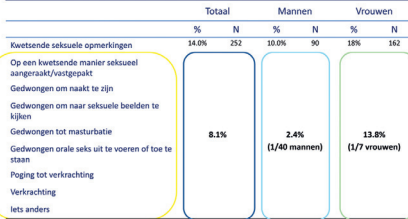
Iets anders gedaan?

Maat voor SGG: één ervaring met SGG > ervaringen met SGG

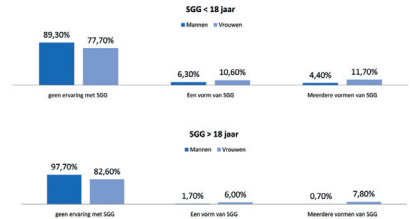
1. PREVALENTIE & VORMEN VAN SGG  
1.2. ALGEMENE PREVALENTIE SGG VOOR 18 JAAR



1. PREVALENTIE & VORMEN VAN SGG  
1.2. ALGEMENE PREVALENTIE SGG NA 18 JAAR



1. PREVALENTIE & VORMEN VAN SGG  
1.3. VERSCHILLEN TUSSEN MANNEN EN VROUWEN



MEEST INGRIPPENDE GEBEURTENIS

2. MEEST INGRIPPENDE GEBEURTENIS: RELATIE GEWELDDPLEGER

	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	%	N	%	N	%	N
Partner	6.9%	22	6.9%	7	6.9%	15
Ex-partner	6.0%	19	2.0%	2	7.9%	17
Familie lid - huisgenoot	24.9%	79	11%	11	31.3%	68
Vriend(in)	6.8%	21	8.0%	9	5.6%	12
Leerkracht - begeleider - overste - geestelijke - hulpverlener,...	5.9%	18	13.9%	14	1.9%	4
Kennis	24.7%	78	19.8%	20	27.0%	58
Collega - klasgenoot - medestudent,...	6.3%	20	11.8%	12	3.7%	8
Iemand anders	1.1%	4	0.7%	1	1.3%	3
Onbekende	16.6%	53	20.4%	21	14.8%	32

2. MEEST INGRIJPENDE GEBEURTENIS: RELATIE GEWELDPLEGER

SGG > 18 jaar	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	%	N	%	N	%	N
Partner	19.8%	32	4.3%	1	22.5%	31
Ex-partner	26.9%	44	7.4%	2	30.3%	42
Familie lid - huisgenoot	4.0%	7	0.0%	0	4.7%	7
Vriend(in)	7.8%	13	31.2%	8	3.7%	5
Leerkracht - begeleider - overste - geestelijke - hulpverlener,...	1.0%	2	6.4%	2	0.0%	0
Kennis	17.9%	29	20.2%	5	17.6%	24
Collega - klasgenoot - medestudent,...	10.4%	17	0.0%	0	12%	17
Iemand anders	1.3%	2	23.1%	0	1.6%	2
Onbekende	14.2%	23	0.0%	0	12.6%	17



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

17

2. MEEST INGRIJPENDE GEBEURTENIS: LEEFTIJD

SGG < 18 jaar	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	GEM	Range	GEM	Range	GEM
Enmalig	190	13 jaar	6-17	13 jaar	2-17	13 jaar
Herhaaldelijk 1 <sup>ste</sup> keer	102	11 jaar	2-16	9 jaar	3-17	12 jaar
Herhaaldelijk laatste keer	90	13 jaar	9-18	11 jaar	5-18	14 jaar

SGG > 18 jaar	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	GEM	Range	GEM	Range	GEM
Enmalig	93	23 jaar	18-37	22 jaar	18-47	23 jaar
Herhaaldelijk 1 <sup>ste</sup> keer	60	26 jaar	18-44	24 jaar	18-66	26 jaar
Herhaaldelijk laatste keer	63	32 jaar	18-48	25 jaar	18-66	32 jaar



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

19



GEZONDHEIDSCORRELATEN

3. GEZONDHEIDSCORRELATEN

- Relatieve functioneren

SGG < 18 jaar	Fysiek partnergeweld (huidige/ex-partner)			
	Totaal	Neen	Ja	%
Geen ervaring(en) met SGG	1385	90.9%	1259	9.1%
Wel ervaring met SGG	279	84.2%	235	15.8%

SGG < 18 jaar	Psychologisch partnergeweld (huidige/ex-partner)			
	Totaal	Neen	Ja	%
Geen ervaring(en) met SGG	1377	79.0%	1005	27.0%
Wel ervaring met SGG	277	61.7%	171	38.3%



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

23

2. MEEST INGRIJPENDE GEBEURTENIS: EENMALIG OF HERHAALDELIJK

SGG < 18 jaar	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	%	N	%	N	%	N
Enmalig	64.2%	191	71.1%	66	60.7%	125
Herhaaldelijk	35.8%	107	28.3%	26	39.3%	81

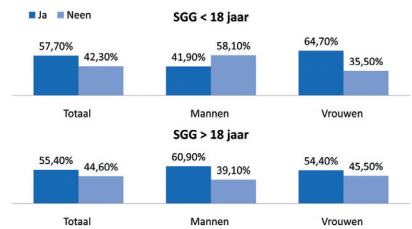
SGG < 18 jaar	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	%	N	%	N	%	N
Enmalig	59.9%	93	75%	15	57.4%	78
Herhaaldelijk	40.1%	63	25%	5	42.6%	58



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

18

2. MEEST INGRIJPENDE GEBEURTENIS: EROVER PRATEN



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

20

3. GEZONDHEIDSCORRELATEN

- Fysiek en mentaal welzijn  
Respondenten die SGG meemaakten < 18 jaar rapporteren **minder goed fysiek en mentaal welzijn**.
- Seksueel functioneren  
Respondenten die SGG meemaakten < 18 jaar zijn gemiddeld 1 jaar **jonger bij eerste keer seks**, hebben **evenveel sekspartners** gedurende levensloop als niet-slachtoffers, hadden **evenveel seks** in de afgelopen 2 weken, zijn **even tevreden** over hun seksleven, en hechten **evenveel belang** aan seks.  
  
Respondenten die SGG meemaakten < 18 jaar, rapporteren **meer SGG > 18 jaar**:  
Geen ervaring met SGG < 18 jaar: 7.1% SGG > 18 jaar  
Ervaring met 1 vorm van SGG < 18 jaar: 11.7% > 18 jaar  
Ervaring met meerdere vormen van SGG < 18 jaar: 14.3% SGG na 18 jaar



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

22

BESLUIT

- 1 op 5 vrouwen en 1 op 10 mannen heeft ervaring met een of meerdere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar
- 1 op 7 vrouwen en 1 op 40 mannen heeft ervaring met een of meerdere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar
- 10.6% van de vrouwen rapporteert een poging tot verkrachting of verkrachting voor de leeftijd van 18 jaar, en 8.5% na de leeftijd van 18 jaar
- Personen die seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakten voor 18 jaar, worden **vaker** - dan niet slachtoffers - slachtoffer van **seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar**
- Personen die seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakten voor 18 jaar, scoren **lager op fysiek en mentaal welzijn, starten gemiddeld 1 jaar vroeger met seks**
- Personen die seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakten voor 18 jaar, hebben gemiddeld **evenveel sekspartners, evenveel seks, zijn even tevreden over hun seksleven, en hechten evenveel belang aan seks** als niet-slachtoffers



Sessie seksueel grensoverschrijdend gedrag

25

# Onderzoekster Ellen Van Houdenhove: Seksuele disfuncties



## Seksuele disfuncties

Prevalentie in een Vlaamse steekproef

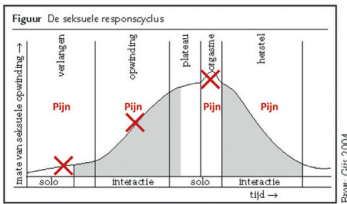
ELLEN VAN HOUDENHOVE  
LIES HENDRICKX  
PROF. DR. PAUL ENZLIN

### Inhoud

1. Definitie seksuele disfunctie
2. Prevalentie
3. Leeftijd
4. Duur
5. Vermijden van seks
6. Hulpverlening
7. Besluit

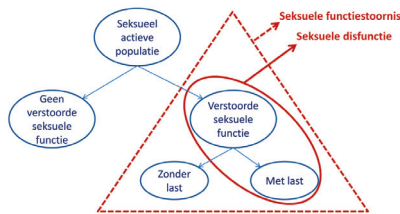


### 1. Definitie seksuele disfunctie



### 1. Definitie seksuele disfunctie

In het Sexpertonderzoek:



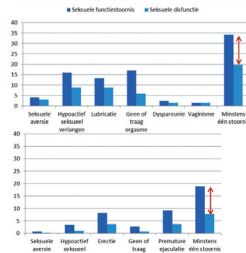
### 1. Definitie seksuele disfunctie

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000)

- A. Een verstoring in de seksuele respons
  - Seksuele aversie
  - Hypoactief seksueel verlangen
  - Lubricatie- of erectiestoornis
  - Orgasmestoornis of premature ejaculatie
  - Dyspareunie (pijn) / Vaginisme (verkramping)
- B. Persoonlijke last of problemen in de relatie



### 2. Prevalentie



- Vrouwen**
- 1/3 functiestoornis
  - 1/5 seksuele disfunctie
  - Vooral verlangen-, lubricatie- en orgasmestoornissen

- Mannen**
- 1/5 functiestoornis
  - Bijna 1/10 seksuele disfunctie
  - Vooral erectiestoornissen en premature ejaculatie



### 3. Leeftijd

Seksuele functiestoornissen

- Bij mannen
  - Nemen significant toe met leeftijd
  - Behalve premature ejaculatie: geen verband
- Bij vrouwen
  - Geen significant verband met leeftijd
  - Behalve lubricatiestoornissen: nemen toe vanaf 50 jaar



### 3. Leeftijd

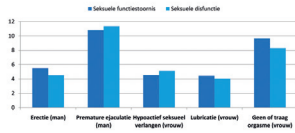
Seksuele disfuncties

- Bij mannen
  - Geen significant verband met leeftijd
  - Behalve erectiele disfuncties: nemen toe vanaf 50 jaar
- Bij vrouwen
  - Geen significant verband met leeftijd
  - Behalve lubricatiedisfuncties: nemen toe vanaf 50 jaar



#### 4. Duur

- Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties
  - houden ongeveer **even lang** aan
  - houden meestal **langer dan zes maanden** aan
  - houden gemiddeld **verschillende jaren** aan



9

#### 6. Hulpverlening

- Omwille van een seksuele functiestoornis **Zonder ED**
  - Mannen: 17%
  - Vrouwen: 18%
- Omwille van een seksuele disfunctie:
  - Mannen: 19%
  - Vrouwen: 21%
- Ongeveer 1/5: contact met hulpverlener
- Geen significante verschillen
  - Omwille van seksuele functiestoornis (zonder ED): vrouwen > mannen



11

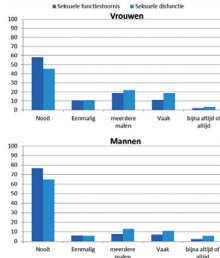
#### 7. Besluit

- Vermijden van seks
  - Nooit of bijna nooit
  - Seksuele functiestoornis < seksuele disfuncties
  - Seksuele functiestoornis: Vrouwen > mannen
  - Seksuele disfunctie: Vrouwen = mannen
- Hulpverlening
  - 1/5 contact met hulpverlener
  - Geen significante verschillen



13

#### 5. Vermijden van seks



- Nooit of bijna nooit
  - Seksuele functiestoornis: : 69%
  - Seksuele disfunctie: : 83%
  - Seksuele disfunctie: : 56%
  - Seksuele disfunctie: : 70%
- Vaak tot altijd
  - Seksuele functiestoornis: : 13%
  - Seksuele disfunctie: : 9%
  - Seksuele disfunctie: : 22%
  - Seksuele disfunctie: : 17%
- Seksuele functiestoornis < Seksuele disfunctie



10

#### 7. Besluit

- Seksuele functiestoornis: 1/5 mannen en 1/3 vrouwen
- Seksuele disfunctie: 1/10 mannen en 1/5 vrouwen
  - Seksuele functiestoornis > seksuele disfuncties
  - Vrouwen > mannen
- Meeste functiestoornissen bij mannen ↑ leeftijd
- Lubricatiestoornissen bij vrouwen ↑ leeftijd
- Meeste seksuele disfuncties geen verband met leeftijd
- Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties houden jaren aan



12



# 7.4 Media-aandacht naar aanleiding van de onderzoeksprojecten Sexpert

DE MORGEN • VRIJDAG 8 FEBRUARI 2013

BINNENLAND • 7

## Wijde van Vlaamse vrouwen slachtoffer van seksueel geweld

In de helft van de gevallen is de (ex-)partner de dader

SOFIE VANLOMMEL  
BRUSSEL

**Van alle Vlaamse vrouwen is 22,3 procent al geconfronteerd met seksueel geweld. Een op de zeven vrouwen werd als volwassene bepeeteld, of erger. In de helft van de gevallen is de dader hun (ex-)partner. Dat blijkt uit het eerste grote onderzoek naar seksuele gezondheid in Vlaanderen.**

Een vijfde van de vrouwelijke respondenten (tussen 18 en 80 jaar) zegt dat ze als kind/jongste te maken kregen met een of andere vorm van seksueel geweld. Bij mannen is dat één op de tien. "Dat zijn hoge cijfers", zegt onderzoeker Sabine Hellmans (Universiteit Gent). "Maar ze liggen volledig in de lijn van resultaten uit het buitenland. Een gelijkwaardig onderzoek in Nederland wies uit dat 31 procent van de meisjes en 9 procent van de jongens ervaring hebben met seksueel geweld voor hun zestiende."

Seksueel grensoverschrijdend gedrag, zoals de officieel term luidt, is een breed begrip dat zowel een deugnante tik op de billen omvat als verkrachting (zie tabel). De Gentse onderzoekers leken niet naar de juridische definitie die gebaseerd is op straffelijke feiten, maar vroegen representatief de Vlaamse bevolking naar hun eigen ervaringen. Seksueel lovende opmerkingen en verbale intimidatie werden niet meegerekend.

"Op jonge leeftijd is het risico om mee geconfronteerd te worden hoger. Van de bevestigde personen werd dubbel zo veel slachtoffer als

### NAAKTE CIJFERS

#### Seks in Vlaanderen

Het Sexpert-onderzoek, een gemeenschappelijk initiatief van de Universiteit Gent, de KU Leuven en het UZ Gent in opdracht van het IWT (Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Techniek), duikt voor het eerst onder de levens van de Vlaming, en onderzoek zowel de prettige als minder leuke kantjes van ons seksleven. Een team wetenschapper bevroeg een representatieve steekproef van 1.832 Nederlandstaligen met de Belgische nationaliteit die in het Vlaams geweest waren. (v.l.)

Wat vinden Vlamingen leuk, belangrijk en moeilijk aan seks? [www.sexpert-vlaanderen.be](http://www.sexpert-vlaanderen.be)



**Karine:** 'Als ik in bed deed wat hij vroeg, dan was hij content. Dan moest ik op bezoek bij mijn moeder, dan gaf hij mij een extraatje.' (1) De foto's

Je partner alle hoeken van de kamer laten zien of haar onderwerpen? De grens is dun en hangt vaak af van de context, zegt Frans. "Zorgelovenden moeten nogbi elkaar ontdekken wanneer, hoe vaak en op welke manier seks wils willen hebben. Een typische lachse van jonge vrouwen is dat een partner 'snaches' wakker schiet, zijn vriendin ziet liggen en met haar begint te vrijen terwijl ze nog slaapt. Hij heeft nog niet dat dit niet kan."

Waar zo gaat het meestal, zegt Frans. "Mannen hebben vaker meer zin, en zeker jonge mannen kunnen een enorme drive hebben. Maar je partner onthouden van seks, wat vrouwen dan weer vaker doen, kan ook een vorm van pesten zijn. Die dynamiek van geven en nemen is een ingewikkeld machtspeel. Dat zegt ook misverstand en druk. In tegenstelling tot wat de meeste mensen denken, is de minst vertrokken partner degene die meest bepaalt waar of gebeurt."

Wie grenzen overschrijdt, doet dat omdat hij of zij boos, gefrustreerd of geïrriteerd is en de partner wil straffen, zegt Frans. De strafwijze rijpt dat het voor 40 procent van de slachtoffers bij hen ook zeer pijnlijkt. "Het is niet makkelijk om te ontdekken aan een leven, en de meeste mensen worden in hun leven relatief wel eens geconfronteerd met grensoverschrijdend gedrag, en leren er mee om te gaan of stellen grenzen. Maar als we spreken over extreem seksueel misbruik - wat niet zo vaak voorkomt, en meestal hand in hand gaat met fysiek en seksueel geweld - betekent dat meestal ook een breedtraag."

**13 jaar is gemiddeld de leeftijd waarop kinderen te maken krijgen met seksueel geweld**

minderjarige (6 procent) dan als volwassene (8 procent). De leeftijd waarop kinderen slachtoffer worden, is gemiddeld 13 jaar. Houdt het misbruik langer aan, dan gebeurt dat bij jongens vroege (vaak 9 tot 11 jaar) dan bij meisjes (11 tot 14 jaar).

De daders zijn doorgaans bekenden van het slachtoffer. Bij minderjarige zijn die meestal familie of de familie of de kennissenskring. Opvallend volwassen worden in bijna de helft van de gevallen slachtoffer van hun eigen (ex-)partner. "Een partner met wie je een bed een huis en een intieme relatie deed of het gedeelde heeft met toegang om over de grens te gaan dan een onbekende", zegt Erik Frans, beleidsmedewerker seksueel grensoverschrijdend gedrag bij Sexpert.

Wild zoenen of zenuwgevoel.

Van intimidatie tot verkrachting	MINDERJAREN		VOLWASSENEN	
	10+	18+	15+	14+
• Kwetsende seksuele opmerkingen	10%	18%	5,5%	14,3%
• Ongewenst aangeraakt of vastgepakt worden	7,6%	19,5%	2,1%	12,4%
• Gedwongen raakt te seksuelen naar	3,8%	6,9%	0,5%	3,2%
• Gedwongen naar seksuele beelden te kijken	1,5%	2,6%	0,2%	2,3%
• Gedwongen masturbatie	2%	3%	0%	1,4%
• Gedwongen orale seks	1,4%	5,3%	0%	4,8%
• Poging tot verkrachting	1,3%	6,7%	0,4%	4,7%
• Verkrachting	0,7%	3,9%	0,4%	3,8%
• Iets anders	2,2%	6,3%	0,2%	2,5%

Getuigenis Karine (47) werd jarenlang door haar man misbruikt

## 'Hij was uit op totale vernedering'

De ex-man van Karine heeft haar jarenlang pijn gedaan. In de keuken, als hij de erwten niet lustte. Op de trap, als er een verkeerd woord viel. En ook in bed. 'Alles heeft die man kapotgemaakt.' **Sofie Vanlommel**

Ik was zo jong. Ik was 17 jaar en ik wilde uitgaan en plezier maken. Mijn ouders waren streng. Ik mocht wel weg, maar ik wilde meer. Zo ben ik hem tegengekomen. Hij heeft lang achter mij aangelopen. Ik kan zelfs niet zeggen dat ik echt verliefd op hem was. Open was ik zoover, net geen ik. Hij zette mij onder druk om te trouwen. We zouden samen zijn en vrij. Veertien dagen na ons huwelijk kreeg ik de eerste stamp.

"Het had erwten en worteljes klaargemaakt. Hij had niet de juiste manier. Dat was genoeg. Ik wilde niet wat mij overkwam. Tussen mijn ouders was er nog nooit zo iets gebeurd, de godschete alken was mijn vreemd. Dat was nog maar het begin. Ik heb veel slaag gehad.

"Met seks had ik weinig ervaring. Twee vriendjes waren niet zo vaak vooront, en meestal hand in hand gaat met fysiek en seksueel geweld - betekent dat meestal ook een breedtraag."

"Seks met hem was altijd raw. Hij knede mij vast, hij trok aan mijn haren. En hij met. Het was zoals vechterende honden elkaar bijten. Midden in de nacht maakte hij mij wakker en te vrijen. Soms moest ik wenen, maar dat maakte het alleen maar erger. Dan kreeg ik een klip, want niemand mocht mij breken. Hij was wel zo slim om zich altijd te laten gaan op plekken die niet kleren aan niet zichtbaar waren. In bed, maar ook als hij zomaar sloeg."

"Als ik mensen grijpjes hoorde

"Altijd de soort, de verontschuldigen. Ik zei het nooit meer doen. Eerst geloof je hem, daarna wil je hem geloven, en daarna heeft hij je helemaal in zijn macht. Ik begrijp nog altijd niet hoe het kon dat dit zo lang heeft kunnen duren. Ik ben naïef geweest, en dom. Dat zei hij ook altijd. Hoe dom ik was, dat is niet zonder hem kon, dat ik niets was zonder hem. Als je het maar vaak genoeg herhaalt, dan begin je het te geloven.

"Er waren wel mensen die dromden dat ik klappen kreeg. Maar op het moment dat je omgevings het ziet, is het te laat. Wat er in bed gebeurde, dat heb ik nooit aan iemand verteld. Ik

**Nieuwe partner**  
"Ook na de scheiding bleef hij soms 'snaches' opdrukken. Hij trapte de deur in, en misbruikte mij. Zelfs terwijl ik al een andere relatie had. Dat heb ik nooit tegen mijn nieuwe partner durven zeggen. Ik voelde mij zo vies. Die man heeft geprobeerd om mij te keren hoe het meest, seks. Ik wakte keer met een ander stond ik te beven en te trillen op mijn beem. Hij was heel lief, maar het was alsof ik naar iemand anders stond te kijken, die nacht. Alsof ik niet eens hem was."

**'Hij liet mij dingen doen die ik eigenlijk niet wou, maar ik weigeren'**

**'Veertien dagen nadat we trouwden kreeg ik de eerste stamp'**

**'Een huwelijk lang heb ik mij een hoer gevoeld'**

**'Ook na de scheiding bleef hij soms 'snaches' opdrukken'**

begon wel af en toe de politie te bellen als hij mij sloeg. Daar ben ik één agencie tegengestaan die mij daadlijk heeft gemaakt dat ik echt weg moest. Toen ik zei dat mijn man dreigde om de kinderen af te pakken, zei de vrouw dat ze de kinderen zelf zou komen halen als ik niet weg zou gaan. Dat was de druppel. Maar het was nog niet gedaan.

"Ik heb het toch gedaan, dacht ik bij mezelf. Zo ver had ik mij niet gekregen, dat ik mij zelfs op dat moment schuldig voelde. Nadat we een paar keer met elkaar gesproken hadden, zei mijn nieuwe vriendin: 'Jij moet wel meegemaakt hebben. En dat ik er iets aan moest doen. Met hem kon ik eigenlijk een beetje leven. Maar dat heb ik niet lang gedurd. Ik vond dat ik niet te verdragen. "Alles heeft die man kapotgemaakt. Mijn kinderen hebben er zwaar onder geleden, ze hebben ook niet gekregen. Ik heb niet durven naar meel' enorm waken dat ik ben niet beter heb kunnen beschermen, dat ik ben niet meer lichte heb kunnen geven. Dat hebben zij niet niet verdragen. Ik probeer dat nu te compenseren met mijn kinderen."

"Ik probeer gelukkig te zijn, maar ik speel wel kon. Ik heb wel, maar ik heb ook veel weg. Soms denk ik dat het pas helemaal stopt als ik stier."

De Standaard, 8 februari 2013, voorpagina

# Jeugd start met seks op 16-17

Jongeren beginnen niet zoveel eerder met seks dan vroeger. Dat blijkt uit het meest grootschalige onderzoek over seks dat ooit in Vlaanderen werd gevoerd.

**BRUSSEL** | Van alle jongens en meisjes onder de 25 jaar had de overgrote meerderheid voor het eerst seks tussen 15 en 18 jaar: 71,4 procent begint er in die tijdspanne van vier jaar aan. Slechts elf procent was ouder dan 18 jaar bij zijn of haar eerste keer. Er is ook een groep van 13,5 procent die maar 14 jaar oud was. Jongens van deze generatie zijn gemiddeld 17 jaar, meisjes 16 jaar.

Dat blijkt uit Sexpert-onderzoek, het grootste onderzoek over seks in Vlaanderen ooit. Het is een samenwerking tussen de Universiteit Gent, het Universitair Ziekenhuis van Gent, de KU Leuven en Sensoa. 1.800 mensen werden face to face ondervraagd.

Bij de oudere leeftijdsgroepen had een kwart zijn of haar eerste keer pas veel later, tussen 21 en 23 jaar. Voor de gemiddelde Vlaming is de leeftijd bij de eerste keer dus wel gedaald, maar niet zo spectaculair als vaak wordt gedacht: van 20 jaar voor de 65-plussers naar 17 jaar voor de huidige generatie jongeren. De onderzoekers menen

dat die 'dalende trend' de jongste tien, twintig jaar tot stilstand is gekomen, zoals in andere Europese landen.

'Mensen denken vaak dat de jeugd er zoveel vroeger mee begint omdat ze dat op televisie zien, maar tv is niet de realiteit', zegt Lies Verhetsel van Sensoa.

Uit onderzoek blijkt ook dat slechts zeer weinig jongeren de eerste keer een erg negatieve ervaring vonden: 1-2 procent bij jongens, 5 procent bij meisjes. 'De groep die het 'eerder een negatieve dan een positieve ervaring' vond, was wel groter, maar dat heeft meer te maken met te grote verwachtingen. En bij meisjes met het hebben van pijn bij de eerste keer. Ook al zijn de meisjes zich daar op voorhand wel van bewust', zegt Verhetsel. (ig, vbr)

**BLZ. 8-9 Dit doen Vlamingen tussen de lakens.**



5 413657 203574 06



# Dit doen Vlamingen tussen

We doen het gemiddeld één keer per week. Vrouwen hebben gemiddeld een vijftal seksuele partners gehad, mannen regen, maar een kwart van de Vlamingen hield het bij één. En een kwart van de mannen en een op de vijf vrouwen is ooit al eens vreemdgegaan.

VERBODEN JONGE SMAKT

**BRIEFJE** [Dankzij het scoopert onderzoek weten we nu de Vlaamse seksuele levenswijze van 18- tot 70-jarigen. Het is een wereld waar de seksuele levenswijze van mannen en vrouwen heel verschillend is. Het is een wereld waar de seksuele levenswijze van mannen en vrouwen heel verschillend is. Het is een wereld waar de seksuele levenswijze van mannen en vrouwen heel verschillend is.



## 2 | ACTIEF OF NIET?

82 procent van de mannen met seksuele ervaring en 70 procent van de vrouwen met seksuele ervaring zijn actief. Dat betekent dat ze minstens één keer in de afgelopen twaalf maanden seksueel actief zijn geweest. Dat betekent dat ze minstens één keer in de afgelopen twaalf maanden seksueel actief zijn geweest.

## 3 | HIPS VAN DOEN WE HET?

Gemiddeld hebben de mannen één tot twee seksuele partners gehad. De vrouwen één tot twee seksuele partners gehad. De mannen één tot twee seksuele partners gehad. De vrouwen één tot twee seksuele partners gehad.

## 4 | WAT DOEN WIE?

De meest voorkomende manier van seksuele activiteit is de penetratieve seks. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit.

## 1 | DE EERSTE KEER

Voor de dochters onder de 30 jaar had de eerste seksuele ervaring vaak plaats op een schoolfeest of op een feestje. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit.

# de lakens (of in het bos)



## 5 | ORGASME

De meeste mannen (90 procent) en een minder dan de helft van de vrouwen (44 procent) van de vrouwen en mannen met seksuele ervaring hebben ooit een orgasme gehad. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit.

## 6 | MASTURBATIE

Meer dan de helft van de mannen en ongeveer de helft van de vrouwen hebben ooit masturberend seks gehad. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit.

## 7 | MET WIE DOEN WE HET?

Meer dan de helft van de mannen en ongeveer de helft van de vrouwen hebben ooit seks gehad met een partner. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit.



## 8 | MEER VRIENDERS

81 procent van de mannen met seksuele ervaring en 70 procent van de vrouwen met seksuele ervaring hebben ooit een vriend of vriendin gehad. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit.



Onder de 30 jaar heeft men vaker seks in het huis van een vriend of een openbare plaats: een bos, park, strand, auto, tuff of café.



## 9 | HOLERS

Slechts 13 procent identificeert zich als holter. Niet alleen mannen, maar ook vrouwen. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit.

## 10 | WAAR DOEN WE HET?

De meest voorkomende manier van seksuele activiteit is de penetratieve seks. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit. Dit is de meest voorkomende manier van seksuele activiteit.

14

WEEK 1 FEBRUARI 2011 HET NIEUWSBLAD

NIEUWS 15

W e doen het gemiddeld één keer per week. Vrouwen hebben gemiddeld een vijfde van de mannen ging ooit vreemd. Dankzij het Socxper onderzoek weten we eindelijk hoe het echt zit met

tussen de Universiteit Gent, het IZZ Gent, de KU Leuven en Sinsoa, met de financiële steun van het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT). [www.izz.be](#)

het seks- en relatieleven van de Vlamingen. Nooit eerder werd op zo'n grote schaal informatie over dit thema verzameld. Zo'n 1.800 mensen, van 14- tot 80-jarigen, werden bevraagd. Het onderzoek is een samenwerking

Grootste onderzoek ooit naar seks- en relatieleven van de Vlaming

We doen het één keer per week (en vaker in de zomer)

1 Eerste keer tussen 15 en 18 jaar

Van alle deelnemers had een kwart zijn of haar eerste seksuele ervaring tussen de 15 en 18 jaar. Voor de overige groepen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 19 en 23 jaar. Voor de 18- tot 24-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar. Voor de 25- tot 34-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar. Voor de 35- tot 44-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar. Voor de 45- tot 54-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar. Voor de 55- tot 64-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar. Voor de 65- tot 74-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar. Voor de 75- tot 84-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar. Voor de 85- tot 94-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar. Voor de 95- tot 104-jarigen was het gemiddelde momenteel voor de eerste keer tussen 21 en 23 jaar.

5 Kwart mannen ging ooit vreemd

Op de vraag of ze ooit vreemd zijn geweest, antwoordden meer dan de helft van de mannen (51,4 procent) ja. Het aantal mannen dat ooit vreemd is geweest, is het hoogst bij de 18- tot 24-jarigen (61,4 procent) en het laagst bij de 75- tot 84-jarigen (31,4 procent). Het aantal mannen dat ooit vreemd is geweest, is het hoogst bij de 18- tot 24-jarigen (61,4 procent) en het laagst bij de 75- tot 84-jarigen (31,4 procent).

6 Mannen masturberen een keer per week

Elke maand (51,4 procent) of vaker (48,6 procent) masturberen mannen een keer per week. Het aantal mannen dat een keer per week masturberen, is het hoogst bij de 18- tot 24-jarigen (61,4 procent) en het laagst bij de 75- tot 84-jarigen (31,4 procent). Het aantal mannen dat een keer per week masturberen, is het hoogst bij de 18- tot 24-jarigen (61,4 procent) en het laagst bij de 75- tot 84-jarigen (31,4 procent).

7 Amper 3,3 procent noemt zich homo

Stel je 2,3 procent identificeert zich als homo. Het aantal mannen dat zichzelf als homo noemt, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (1,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (3,3 procent). Het aantal mannen dat zichzelf als homo noemt, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (1,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (3,3 procent).

8 Vrouwen hebben vijf sekspartners gehad

Twaalf procent van de mannen heeft vijf of meer sekspartners gehad. Het aantal mannen dat vijf of meer sekspartners gehad heeft, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (1,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (3,3 procent). Het aantal mannen dat vijf of meer sekspartners gehad heeft, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (1,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (3,3 procent).

9 Meeste mannen hebben altijd orgasme

De meeste mannen (89,6 procent) hebben altijd of bijna altijd een orgasme. Het aantal mannen dat altijd of bijna altijd een orgasme heeft, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (81,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (93,3 procent). Het aantal mannen dat altijd of bijna altijd een orgasme heeft, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (81,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (93,3 procent).

10 Het liefst thuis

De meest voorkomende plaats waar mannen seks hebben is thuis. Het aantal mannen dat thuis seks heeft, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (81,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (93,3 procent). Het aantal mannen dat thuis seks heeft, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (81,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (93,3 procent).

50% doet aan orale seks

25% van de vrouwen is niet actief

48% van de vrouwen heeft ooit een orgasme

14% van de mannen heeft ooit peepshow bezocht

Vanaf 65 jaar masturberen mannen minder dan vrouwen



2 Mannen vinden seks belangrijker

82,1 procent van de mannen vindt seks belangrijker dan andere activiteiten. Het aantal mannen dat seks belangrijker vindt, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (71,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (93,3 procent). Het aantal mannen dat seks belangrijker vindt, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (71,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (93,3 procent).

3 Mannen en vrouwen doen het even vaak

Mannen en vrouwen doen het even vaak. Het aantal mannen dat even vaak doet, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (71,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (93,3 procent). Het aantal mannen dat even vaak doet, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (71,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (93,3 procent).

4 Vooral vrouwen hebben sekspeetjes

Vooral vrouwen hebben sekspeetjes. Het aantal vrouwen dat sekspeetjes heeft, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (1,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (3,3 procent). Het aantal vrouwen dat sekspeetjes heeft, is het laagst bij de 18- tot 24-jarigen (1,4 procent) en het hoogst bij de 75- tot 84-jarigen (3,3 procent).



De Morgen, 9 februari 2013

# Mannen vaker overspelig: het verschil tussen denken en doen

'Blinde seksuele drift' verklaart significant verschil tussen de geslachten



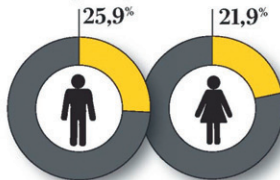
An Miller en Ann Ceurvels (r.) vertolken overspelige dames in *Salamander* op Léa. Een vijfde van de vrouwen rijdt al eens een scheve schans, bij de mannen is dat een vierde. © VRT

MATTHIAS DECLERCO  
BRUSSEL

Uit de Sexpert-studie (DM 8/2) blijkt dat de gemiddelde Vlaming het één keer per week doet. In een bed, in een bos, maar ook in het geniep. In het spel der schuinsmarcheerderij blijkt de man actiever dan de vrouw. Maar elke man heeft voor een scheve schans toch een vrouw nodig? Het verhaal van de blinde drift en het overschot aan vrouwen.

Aan de toeg van café De Reisdul of De Sportvriend zal het dit weekend niet gaan over de Europese begroting of het schallig. Neen, dit weekend worden er ongetwijfeld bomen opgezekt en redes gevoerd over de bedprestaties van de Vlaming. De Sexpert-studie, een samenwerking van UGent, KU Leuven en UZ Gent heeft de wheelabouts van het Vlaamse seksleven in cijfers en grafieken gegoten. De eerste keer, de frequentie, de voldoening, de plaats, de goesting... de kamergeheimen liggen op straat. Wat opvalt: een kwart van de mannen alsook een vijfde van de vrouwen durft al eens schuinsmarcheren. Een resultaat dat wel vaker voorkomt in seksstudies. Maar volgens de simpele doch logische vraag

## Vreemdgaan tijdens een vaste relatie



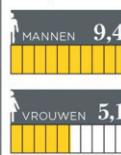
dringt zich op: afgezien van de obediëntie der homoseksualiteit, heeft iedere man toch een madam nodig om scheef te schaatsen?

## Minnaressen

Een vraag die een al even simpel als logisch antwoord kent, zegt seksuoloog en relatie-therapeut Koen Baeten (HUB): "Er zijn gewoon meer vrouwen en meer alleenstaande vrouwen. Dat is wereldwijd zo, maar ook in Vlaanderen. Dat valt bovendien ook te zien bij relatiebureaus. Daar is een overschot aan vrouwen. Mannen mogen er vaak gratis binnen."

Dat bevestigt ook relatiebemiddelaar Rika Ponnet: "De seksueel meest actieve

## Sekspartners



Grafiek: De Morgen  
Bron: Sexpert-studie

seksuele contacten na elkaar hebben. En er zijn er die een aantal mannen tegelijk bediennen, zeg maar."

Het verschil is significant (14 versus 15), maar niet extreem. Ponnet vermoedt dat de cijfers door onderrapportering aan vrouwelijke kant in de praktijk misschien nog iets dichter bij elkaar liggen.

De statistiek levert de cijfers, de biologie de uitleg. "Mannen gaan vaker vreemd omwille van de blinde seksuele drift", zegt Baeten. "Pure biologie: de testosteronspiegel. Simpel gezegd: de man krijgt sneller zin en stelt seks centraler in het leven dan vrouwen. De man denkt unidimensioneel. Op biosociaal vlak is de man egocentrischer. Hij denkt nu eenmaal alleen aan zichzelf."

Ontrouw is de Vlaamse vrouw evenwel ook niet vreemd, maar dames gaan eerst denken, terwijl mannen eerst doen. "Noem het de holistische visie van de vrouw", vervolgt Baeten. "Ze houden rekening met veel meer facetten. Wat met de kinderen? Wat met mijn relatie?"

De blinde drift van de man vertaalt zich dus ook in een groter aantal bedpartners. In de totale steekproef van Sexpert is het gemiddeld aantal sekspartners van meneer (9,4) merkbaar groter dan bij mevrouw (5,1).

Om de discussie dus voor eens en altijd te beslechten: ja mannen gaan vaker vreemd dan vrouwen. En ja, het lijstje met bedpartners van de man is langer dan dat van de vrouw. En schallig is schadelijk voor het milieu.

**'Een man denkt nu eenmaal alleen aan zichzelf. Vrouwen zullen vaker eerst nadenken voor ze vreemdgaan'**

KOEN BAETEN  
SEKSUOLOOG (HUB)

periode is die tussen 30 en 55 jaar ongeveer. Die leeftijds categorie telt nu eenmaal meer alleenstaande vrouwen dan mannen. Sommigen van die vrouwen stappen in het minnaressenverhaal. Er zijn er ook die veel

6 BINNENLAND

DE STANDAARD  
ZATERDAG 9, ZONDAG 10 FEBRUARI

EROVER PRATEN MET HUISARTS GAAT MOEILIK

# Eén vrouw op vijf heeft probleem



Verdrietigement van de vrouw heeft meest een orgaans. Of ze het dan maar fakert of niet, werd niet onderzocht. Maar het doet ons in de gaten denken aan die schim uit 'When Harry met Sally', de film met Meg Ryan (3) en Billy Crystal (6), s.r.

**Eén vrouw op de vijf heeft problemen in bed, tegenover één man op de tien. Slechts een kleine minderheid weet de schroom te overwinnen en zoekt hulp. Maar zelfs de huisarts weet vaak niet hoe erover te praten. Er is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.**

**JACQUEMINE VERBIET**

gartner of relatie-onderlicht, spreken met de dokter. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

**Geen orgaan**

Het grote verschil tussen mannen en vrouwen heeft veel te maken met de ernst van de problemen.

Leidende arts op de onder- vraagde vrouwen hebben een seksueel probleem. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

**Geen orgaan**

Het grote verschil tussen mannen en vrouwen heeft veel te maken met de ernst van de problemen.

Leidende arts op de onder- vraagde vrouwen hebben een seksueel probleem. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

**Geen orgaan**

Het grote verschil tussen mannen en vrouwen heeft veel te maken met de ernst van de problemen.

Leidende arts op de onder- vraagde vrouwen hebben een seksueel probleem. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

**Geen orgaan**

Het grote verschil tussen mannen en vrouwen heeft veel te maken met de ernst van de problemen.

Leidende arts op de onder- vraagde vrouwen hebben een seksueel probleem. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

DE STANDAARD  
ZATERDAG 9, ZONDAG 10 FEBRUARI

# in bed

**Eén vrouw op de tien kreeg al te maken met verkrachting**

Liedt een proces van de Vlaamse vrouwenrechtencommissie tot een verslag over de verkrachting door toedoele. Dat doet uit de beweging voor de samenleving. Bij mannen op meerdere gebieden, bij meer dan drie mannen komt verkrachting.

Op het vlak van seksueel geweld wordt scherpere aandacht gegeven aan de vrouwenrechtencommissie. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Leidende arts op de onder- vraagde vrouwen hebben een seksueel probleem. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Het grote verschil tussen mannen en vrouwen heeft veel te maken met de ernst van de problemen.

**Focus op vagina met seksueel geweld slechts één vrouw op drie zo tot orgasme kan komen**

**Dader van seksueel geweld overschrijdend gedrag is bij meerderjarige vaak de partner of ex**

hoer over te praten. Daar schiet. Dan krijg je een situatie waarbij de arts wauwt in de politiek er zelf patiënt niet aan het wachten is tot de arts er maar vast zit. Ze hebben de verspreidde hulpverlenings- kanalen.

**Hulpverlening**

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.

Amper één vrouw op de vijf zoekt hulp. Het is dan ook nood aan meer aandacht voor de problematiek in de opleiding.



DE STANDAARD  
MAANDAG 31 FEBRUARI 2013

DE STANDAARD  
MAANDAG 31 FEBRUARI 2013

# Hoe vrijblijvend is het seksmaatje?

Een op de twee singles deelde de laatste keer het bed met een seksmaatje. Maar zijn seks en vriendschap verenigbaar? En waarom zou je als alleenstaande met vrienden wel vreugde, verdriet en je geheimen delen, maar niet het bed? 'Seks heeft onze vriendschap verdiept.'

**HELEEN BOUTER**  
Twee zekere waken die samen ook goede vrienden zijn, voor een vaker relatie. Niet voor elke zogt...  
**HELEEN BOUTER**  
Twee zekere waken die samen ook goede vrienden zijn, voor een vaker relatie. Niet voor elke zogt...  
**HELEEN BOUTER**  
Twee zekere waken die samen ook goede vrienden zijn, voor een vaker relatie. Niet voor elke zogt...

**Wat erf?**  
Het had niet Janus lang gesmeukt om te...  
**Wat erf?**  
Het had niet Janus lang gesmeukt om te...



Een scène uit de film *Trends with benefits*, de Hollywoodse versie van het seksmaatje. *Fotografie: Wikimedia*

D11

'Ik heb ervaren dat de vrijheid toch een partner dan voor de ander geldt.'

'Een seksmaatje is meestal een tussenvoeding' **ALEXANDER NYRAK** *interview*

Vriendschaps vriendschap kunnen samen-  
vrijheid toch vaak meer geldt  
...af elkaar, je omgeven, en een  
...toekomstig sociaal leven. Ook zij herontdekt  
...om te maken te ontdekken hoe we er  
...der is het de toekomst van een definitieve  
...toekomstige relatie. Seks is vooral een  
...toekomstige relatie. Seks is vooral een  
...toekomstige relatie. Seks is vooral een

...vriendschaps vriendschap kunnen samen-  
vrijheid toch vaak meer geldt  
...af elkaar, je omgeven, en een  
...toekomstig sociaal leven. Ook zij herontdekt  
...om te maken te ontdekken hoe we er  
...der is het de toekomst van een definitieve  
...toekomstige relatie. Seks is vooral een  
...toekomstige relatie. Seks is vooral een

**Beitrag**  
...vriendschaps vriendschap kunnen samen-  
vrijheid toch vaak meer geldt  
...af elkaar, je omgeven, en een  
...toekomstig sociaal leven. Ook zij herontdekt  
...om te maken te ontdekken hoe we er  
...der is het de toekomst van een definitieve  
...toekomstige relatie. Seks is vooral een  
...toekomstige relatie. Seks is vooral een



U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168



Humo  
12.02.2013  
Page: 38

Circulation: 275000

5/7813  
2813

**HUMO**

**JA,  
JA,  
JA,  
JA,  
JA,  
JA,  
JA,  
AA  
AA  
AA  
AA!**

**Fantaseren, masturberen, vrijen, klaarkomen en vreemdgaan doen we (bijna) allemaal zo graag, maar nu staat het ook zwart op wit: in een tijdspanne van drie jaar werden ruim 1.800 Vlamingen ondervraagd, en hun antwoorden zijn gebundeld en geduid in het Grote Vlaamse Seksrapport.**

**D**e enquête werd uitgevoerd door het onderzoeksinstituut Sexpert – een samenwerkingsverband van de Universiteit Gent, de KU Leuven en het UZ Gent – in opdracht van het IWT (Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie). Humo mocht het Grote Vlaamse Seksrapport inkijken en vroeg vier seksperits de kieren van het lijf: professor seksuologie Paul Enzlin, Ilse Penne, voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Seksuologen, Sandra Van den Eynde, afdelingscoördinator bij Sensoa, en Annick Ruys, die volgende maand met de reeks 'Seks@Canvas' uitpakt op Canvas. Wat hen in de resultaten het meest verbaasde was:

**Annick Ruys** «De hoge tevredenheid»  
**Sandra Van den Eynde** «Ja, ik vind dat ook heel geruststellend»  
**Paul Enzlin** «Er wordt in de media veel gesproken over seksuele problemen, maar kennelijk gaat het over het algemeen seksueel wel goed met de Vlamingen.»  
**Ruys** «Sommige mensen denken: de jeugd van tegenwoordig begint al te seksen op tien of twaalf jaar en dan blijkt uit zo'n onderzoek dat ze het misschien wel ietsje jonger doen, maar nu ook weer niet zo spectaculair veel jonger.»  
**Van den Eynde** «Het helpt ook om hardnekkige overtuigingen en mythes te ontcrachten, clichés waar mensen al eens tegenaan lopen, zoals: 'ik ben abnormaal want ik heb geen drie keer per week seks.' Terwijl nu blijkt dat, als iedereen

relatief onbevengen antwoordt, dat helemaal niet het geval is.»  
**HUMO** Wat ons verbaasde, is dat 42 procent van de min-zesentwintjarigen zegt dat ze thuis met niemand praten over seks en relaties. Uit respect voor hun ouders, omdat het niet hoort, en omdat voorhuwelijkse seks niet toegestaan is. Het lijken de jaren vijftig wel.  
**Van den Eynde** «Dat lijkt me toch veeleer voor te komen in opvoedingsituaties in een heel religieuze omgeving, of waar strikte, principiële opvattingen overheersen.»  
**Enzlin** «Seks hebben is ook een stap om van je ouders los te komen. Dus ontwikkelingspsychologisch is het niet zo gek dat jongeren er niet voor kiezen om hun ouders raad te vragen over seks, maar daarvoor veeleer bij leeftijdsgenoten informatie te zoeken.»

**Van den Eynde** «Het ligt er ook aan welke informatie ze zoeken. Als ze willen weten: 'Hoe gaat dat de eerste keer?' Doet dat pijn? En wat moet ik precies doen?' en andere, zeg maar technische vragen, zullen ze sneller bij leeftijdsgenoten te rade gaan. Maar als ze verliefd zijn en willen weten hoe ze het moeten zeggen aan de ander, of ze hebben liefdesverdriet, dan zullen ze daar ook wel mee naar hun ouders gaan.»  
**Ruys** «Ik ken een ouder die een pot condooms had klaargezet en tegen zijn kinderen had gezegd: 'Hier, ik heb ze niet geteld. Doe er mee wat je wilt.' Die kinderen hebben drie dagen niet tegen hun vader gesproken.»  
**Enzlin** «Vergeet ook het incesta-

boe niet dat in alle culturen aanwezig is. Ook daarom willen ouders en kinderen hun seksbeleving overal gescheiden houden. Geen enkel kind denkt graag na over ouders die vrijen, en omgekeerd doen ouders dat liever ook niet over hun kinderen. Bovendien zijn ouders van kinderen van rond de twintig vaak zelf nog opgegroeid in een gezin waar niet veel over seks werd gesproken. Die ouders hadden vroeger zelf geen goed rolmodel.»  
**Ilse Penne** «Uit ander onderzoek is gebleken dat jongeren van rond de twintig nog heel wat normen en waarden over seksualiteit van hun ouders hebben overgenomen. Er is meer beïnvloeding dan je zou denken, vooral van moeder op dochter en van vader op zoon.»

**Enzlin** «Ik denk ook dat ouders minder een informerende rol moeten spelen. Het is veel belangrijker dat jongeren op hen kunnen terugvallen als ze seksueel van start gaan en een probleem ervaren. Ik denk dat ouders vooral die veilige basis moeten bieden.»  
**Van den Eynde** «Veel ouders denken ook: de school zal ze wel voorlichten. Onderzoek heeft uitgewezen dat jongeren meer leeftijdsgenoten opzoeken voor informatie, of op het internet gaan surfen. Het is daarom erg belangrijk dat daar kwalitatief hoogstaande informatie te vinden is, zoals bijvoorbeeld op de websites van Sensoa.»

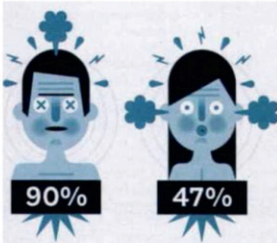
**Ruys** «Ioen we voor 'Seks@Canvas' met jongeren praatte, zeiden ze allemaal: 'Seksuele voorlichting gaat nog altijd over geslachtsziekten ▶

**NET OP TIJD  
KLAARGEKOMEN**

**HET GROTE  
VLAAMSE  
SEKS RAPPORT**



U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168  
Humo  
12.02.2013

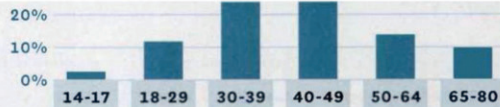


**1.**  
‘Eén op de drie vrouwen krijgt gewoon geen orgasme bij penetratie door haar partner. Dat weten we al sinds de Hite-rapporten van de jaren 70.’

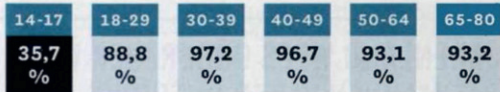
**2.**  
Mannen hebben bijna twee keer zoveel sekspartners in hun leven als vrouwen. ‘Maar misschien dachten vrouwen wel: ‘Het zijn er eigenlijk tien, maar ik zeg dat het er vijf zijn.’



	♂	♀	♀♂
1	21,0 %	29,7 %	25,4 %
2	9,8 %	13,0 %	11,4 %
3	11,4 %	13,3 %	12,4 %
4	7,8 %	11,4 %	9,6 %
5	10,0 %	8,1 %	9,0 %
6-10	18,1 %	16,1 %	17,1 %
11-20	13,9 %	5,6 %	9,7 %
> 21	7,9 %	2,6 %	5,2 %



**3.**  
14 procent van de mannen heeft ervaring met prostituees. ‘Dat is perfect vergelijkbaar met de resultaten van buitenlandse onderzoeken.’



**4.**  
Ruim een derde van de 14- tot 17-jarigen heeft al seks gehad. ‘Dat zijn vooral de 17-jarigen. De meeste jongeren hebben pas geslachtsgemeenschap na een seksuele carrière van twee jaar, waarin ze eerst handjes vasthouden, kussen, tongkussen, boven de kleren strelen, enzovoort.’

**‘GOED DAT DE MYTHE VAN DRIE KEER PER WEEK DOORGEPIJKT WORDT’**

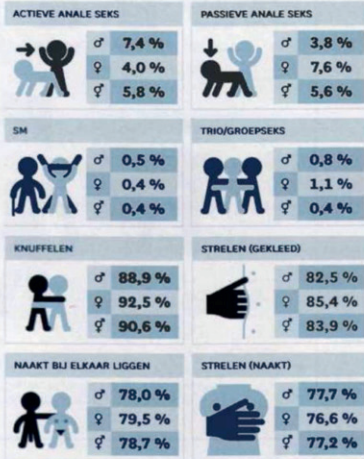




U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168  
Humo  
12.02.2013



HET GROTE VLAAMSE  
**SEKSRAPPORT**



► en anticonceptie. Kunnen ze ons niet wat meer over de prettige kanten vertellen? Ook moslimvrouwen met wie ik praatte, begrepen niets van onze manier van voorlichten: 'Het is alsof jullie leren koken en meteen beginnen te praten over aangebronde gerechten.' Zij beginnen vooral over het genot, en dat mag ook van hun godsdienst. Terwijl katholieken hun seksleven puur binnen het kader van de procreatie moeten zien, mag je in de islam echt genieten van seks voor je je voortplant – binnen het huwelijk, welteverstaan.»

**Enzlin** «Tegenwoordig zoeken jongeren natuurlijk veel informatie op het internet.»

**HUMO** Waar ze ook pornosites vinden die hun beeld van seks vertekenen.

**Penne** «Ja, maar daar hebben seksuologen al veel onderzoek naar gedaan en het is absoluut niet zo dat, als jongens op jongere leeftijd porno zien, ze allemaal denken: 'Zo moet het, ik ga straks even een meisje forceren.' En dat meisjes ervan uitgaan: 'Ik moet me in bed gedragen als een pornoactrice, ook al ga ik daarmee over mijn grens.' Alleen voor kwetsbare jongeren, jongeren die niet uit een veilig nest komen maar die opgroeien in een omgeving die de informatie nauwelijks nuanceert of corrigeert, is die toegankelijkheid van porno nadelig. Dat zijn jongeren die over de hele lijn kwetsbaar zijn, en die bijvoorbeeld ook sneller in de criminaliteit belanden.»

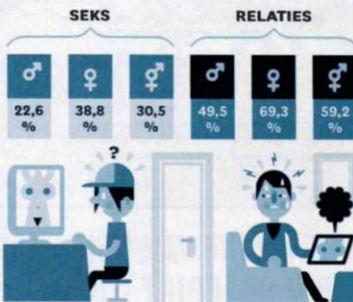
**TWEE JAAR TRAINEN**

**HUMO** Jongeren hebben het thuis niet veel over seks, maar ze doen het er niet minder om. 42 procent van de jongeren tussen veertien en zeventien heeft al ervaring met seks, en 36 procent heeft het al gedaan.

**Van den Eynde** «Dat zullen toch vooral de zeventienjarigen zijn. Tussen wat veertienjarigen en zeventienjarigen denken en voelen, zit een groot verschil. De meeste jongeren hebben pas geslachtsgevoel na een seksuele carrière van twee jaar, waarin ze eerst handjes vasthouden, kussen, tongkussen, boven de kleren strelen, dan onder de kleren, op elkaar liggen, enzovoort.»

**Ruyts** «En die seksuele carrière is heel stabiel. Ze begint misschien

**'JARENLANG WEES ONDERZOEK UIT DAT MANNEN VAKER ONTROUW WAREN. TOT ONDERZOEKERS DE VRAAG ANONIEM GINGEN STELLEN'**



©Auxipress





U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168  
Humo  
12.02.2013



wel wat vroeger, maar ze duurt nog altijd twee jaar. Het is niet zo dat meer en meer jongeren bij de eerste date al seks hebben.»

**Penne** «Minder hoogopgeleiden beginnen wel vroeger dan hogeropgeleiden.»

**Enzlin** «Daar speelt groepsdruk. Op technische scholen bieden ze vaker tegen elkaar op: 'Heb jij het nog niet gedaan?'»

**Van den Eynde** «En jongeren die een hogere opleiding volgen, vinden iemand die al op zijn veertiende seksueel actief is, helemaal niet zo oké.»

**HUMO Mannen praten nog steeds veel minder dan vrouwen over relaties of seks. Zullen ze het ooit leren?**

**Van den Eynde** «Als er bij vrouwen seksueel iets misloopt, zullen ze het er sneller onder vriendinnen over hebben. Ze lossen hun probleem daar natuurlijk niet mee op, maar ze voelen zich er vaak wel beter door. Bij mannen werkt het anders: ze zoeken meer naar andere oplossingen.»

**Enzlin** «Dat komt ook omdat er anders wordt gekeken naar vrouwelijke seksualiteit. Vrouwen mogen minder seksueel zijn, ze worden daardoor niet als *minder vrouw* gezien. Man zijn wordt nog steeds gelijkgesteld met viriliteit. Als het dan niet helemaal meer lukt, zullen ze het niet aan de grote klok hangen.»

**Penne** «Dat is waar, maar ik hoop toch dat we in dit gesprek niet de stereotiepe verschillen tussen mannen en vrouwen gaan beklemtonen? Ik erger me nogal aan het verhaaltje over mannen die van Mars komen en vrouwen van Venus. Dat blijft maar voortleven, terwijl uit verschillende onderzoeken blijkt dat mannen en vrouwen in langdurige relaties veel meer gelijk zijn op seksueel vlak dan dat ze verschillen. Van al die mythes – dat mannen altijd meer zin hebben dan vrouwen, dat ze vaker vreemd gaan dan vrouwen, enzovoort – blijft niets over. Uiteindelijk zijn er maar twee punten waarop mannen en vrouwen blijven verschillen: soloseks – mannen masturberen meer – en de attitude tegenover *casual* seks – mannen hebben vaker seks om de seks.»

**HUMO Volgens het onderzoek gaan mannen en vrouwen inderdaad bijna even vaak vreemd, één op de drie doet dat.**

**Penne** «Jarenlang wees onderzoek uit dat mannen vaker ontrouw waren. Tot onderzoekers de vraag anoniem gingen stellen. Ineens gingen vrouwen allemaal veel meer vreemd dan ervoor. Wat tijdens niet-anonieme onderzoeken natuurlijk speelde, was de seksuele moraal dat een man die ontrouw is wordt gezien als cool, terwijl een vrouw al snel wordt bekeken als een hoer.»

**HUMO Volgens Sexpert hebben mannen wel bijna twee keer zoveel sekspartners in hun leven als vrouwen.**

**Van den Eynde** «Dat mannen verschillende sekspartners hebben, is nog steeds meer sociaal aanvaard.»

**Enzlin** «Het kan best dat vrouwen bij die vraag toch dachten: 'Het zijn er wel tien, maar we zullen zeggen dat het er maar vijf zijn.' Er hangt nog steeds een sterke dubbele moraal rond seksualiteit, waardoor het gedrag van mannen en vrouwen anders wordt beoordeeld. In Engeland noemen ze een man die veel seks heeft een *stud*, een vrouw die hetzelfde doet is een *slut*. We zijn nog ver weg van het moment dat dat zal veranderen, denk ik.»

**Ruyts** «Dat is waar. Ik heb het in 'Seks@Canvas' ook over vrouwen die single zijn, maar die wel *friends with benefits* hebben. De helft van mijn vriendinnen van rond de vijftig doet het zo. 'Makkelijk,' dacht ik, 'voor dat item bel ik hen gewoon op. Maar ze zeiden bijna allemaal: 'Ik wil daar wel over praten, maar niet op tv, want mijn moeder kijkt ook.' Ze denken zelf nog steeds dat ze daarop zullen worden aangekeken.»

**HUMO Volgens Sexpert zijn tienermeisjes seksueel actiever dan jonge jongens. Is er sprake van een inhaalbeweging?**

**Penne** «Ik denk het wel. Meisjes die nu opgroeien, zijn een stuk emanciperder.»

**Van den Eynde** «Het raakt langzaam meer geaccepteerd dat je als meisje seksueel actief bent, en daarom durven ze ook op dat soort vragen eerlijker te antwoorden.»

**Penne** «Het zal er ook wel mee te maken hebben dat de vriendjes van die meisjes vaak een beetje ouder zijn.»

#### ANDER NIET BETER

**HUMO 14 procent van de mannen heeft ervaring met prostituties. Is dat veel of weinig?**

**Enzlin** «Dat is perfect vergelijkbaar met de resultaten van buitenlandse onderzoeken.»

**Penne** «Het is bekend dat veel alleenstaande en getrouwde mannen prostituties bezoeken. Ik schrik niet van dat cijfer.»

**HUMO Welgeteld één vrouw zegt dat ze prostituties bezoekt. Waar zijn al die gigolo's dan voor nodig? En wat met seksreizen naar exotische oorden, waar oudere vrouwen een mooie rasta opscharrelen voor een week?**

**Van den Eynde** «Vrouwen zien die *toyboy* als een korte relatie.»

**Penne** «Ze betalen het restaurant en de uitstapjes, of ze geven wat geld voor de arme familie van hun vriendje. Ze koesteren de romantische illusie en houden zo voor zichzelf vol dat het geen prostitutie is.»

**HUMO Waar wij steil van achteroversloegen, is dat 21 procent van de mannen en 30 procent van de vrouwen in hun hele leven maar één sekspartner hebben. Dat staat toch haaks op de 50 procent gestrande huwelijken, en al het overspel dat je om je heen kunt zien?**

**Van den Eynde** «Ja, maar daar zit ook de groep van veertien tot zeventien bij, en de groep vijfenzestigplussers die daar misschien over zwijgt.»

**Penne** «En bij de dertigers moeten het overspel en de echtscheiding misschien nog komen.»

**Enzlin** «Ik krijg de indruk dat julie bijna niet begrijpen dat iemand aan één sekspartner genoeg kan hebben. Er zijn echt nog veel mensen die veel waarde hechten aan een diepe, seksuele relatie met één persoon.»

**HUMO Dat is heel mooi.**

**Enzlin** «Precies. Dan hoeft dat cijfer julie toch niet zo te verbazen?»

**Penne** «Het grote verlangen van mannen en vrouwen blijft toch: een langdurige partner met wie je een duurzaam seksleven deelt. Dat verlangen is groter dan het verlangen naar veel verschillende ervaringen. Eén grote liefde blijft het ideaal, ook bij jongeren.»

**Van den Eynde** «En ook bij holi-bi's. Homo's dichten we vaak een actief seksleven toe, maar als je hen vraagt: 'Wat wil je het liefst?', dan is dat ook die langdurige relatie.»

**HUMO Terwijl relaties steeds vaker een consumptiegoed lijken te worden. Als er iets niet meer perfect is, denken mensen sneller: 'Deze ►**



Ilse Penne



Annick Ruyts



Paul Enzlin



Sandra Van den Eynde



U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168  
Humo  
12.02.2013



HET GROTE VLAAMSE  
**SEKSRAPPORT**

► **partner is niet goed genoeg meer, en zoeken ze op het internet naar ander en beter.**

**Van den Eynde** «Maar een heliboel mensen zijn wel tevreden met hun partner.»

**Penne** «Wat wel speelt, is dat mensen niet meer in levensfasen denken. In de spits van hun leven, met kleine kinderen en verbouwingen, denken ze niet: 'Dit is tijdelijk en straks is er weer meer tijd', ze willen tegelijkertijd ook spannende hobby's, uitgaan met vrienden en een superspannend seksleven. Dan raak je natuurlijk gefrustreerd en ga je op den duur je heil elders zoeken. Maar niet iedereen denkt zo. Ik zie in mijn praktijk dagelijks mensen keihard aan hun relatie werken en veel inspanningen doen om die in stand te houden.»

**Enzlin** «De jongste vijftig jaar hebben we enorm hoge verwachtingen gekregen van wat een partner allemaal moet zijn. Vroeger trouwde de dochter van de boer met de zoon van de boer van de grond naast hen, zodat ze samen meer land hadden. Toen was een huwelijk meer een economische en juridische verbintenis. Nu moet een huwelijk veel meer emotionele en persoonlijke behoeften invullen: 'Ik wil dit en dit in mijn partner.' We leven in zo'n prestatiegerichte maatschappij dat je als je thuiskomt niet ook nog een keer vreselijk je best wilt moeten doen om aan alle verwachtingen te voldoen. Dan wil je gewoon in de zetel hangen, jezelf kunnen zijn en een beetje gehoord worden door je partner.»

**Penne** «Wat ook meespeelt, is dat de sociale druk van het dorp is weggevallen. Je scheidde vroeger niet zo snel, want wat zouden de buren daarvan zeggen? Dat is ook een reden waarom mensen vandaag vlugger uiteengaan. Dat lijkt negatief – je blijft toch niet samen omdat er anders roddels van komen? Maar die sociale druk zorgde ervoor dat mensen een slechte fase in hun relatie overbruggen en daarna toch hun weg samen terugvonden.»

**GEEN SEKS, GRAAG**

**HUMO** Acht procent van de ondervraagden, of bijna één op de tien, heeft nog een andere oplossing gevonden: zij hebben gewoon nooit seks. Is dat gezond?

**Enzlin** «Er is de jongste tijd veel te

**'EEN GROTE LIEFDE BLIJFT HET IDEEAAL, OOK BIJ JONGEREN'**

doen over aseksuelen, mensen die zich tot niemand aangetrokken voelen, en die zelfs niet masturberen. Dat is een groep die steeds vaker aandacht vraagt voor haar status: 'Wij willen de ruimte om niet zoveel waarde aan seks te hechten als verondersteld wordt in een maatschappij die erg op seks gericht is.' Waarom valt dat cijfer jullie op? Omdat jullie ergens vinden dat een mens seksueel actief moet zijn. Maar als iemand zich heel goed voelt zonder seksleven, is er toch geen enkel probleem?»

**Ruyts** «Maken echte aseksuelen niet hooguit 1 procent van de bevolking uit?»

**Enzlin** «Dat hangt ervan af hoe je het definieert. Het cijfer varieert van 0,7 tot 5,5 procent, en dan kom je toch dichtbij die 8 procent. De rest zijn waarschijnlijk jongeren die nog geen seks hebben gehad, en een paar oude vrijsters en eeuwige vrijgezellen die bij hun moeder wonen en daar moeilijk van loskomen.»

**HUMO** Vrouwen die seksueel niet actief zijn geven als reden: geen behoefte. Mannen antwoorden vaker dat ze geen relatie hebben.

**Enzlin** «Aseksualiteit komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Een deel van de mannen komt niet tot seks omdat ze of allerlei redenen minder sociaal zijn en geen relatie aangaan.»

**Van den Eynde** «Er zijn heel wat jonge mannen die zich helemaal

aan hun studie hebben gewijd of om een andere reden minder goed zijn geworden in sociaal contact met meisjes. Soms hebben ze nooit plekken opgezocht waar ze dat hadden kunnen leren. Zulke mannen kunnen nog altijd de vrouw van hun leven tegenkomen en alsnog actief worden.»

**Penne** «Er is ook een hele groep mannen die liever seks binnen een relatie wil. Het stereotiepe beeld – dat mannen allemaal seks om de seks willen – klopt helemaal niet.»

**Enzlin** «Ik heb in m'n praktijk ook al mannen en vrouwen gehad die zeggen: 'Ik wacht wel tot ik de ware vind.' Zelfs mensen die bijna veertig waren en nog geen enkele seksuele ervaring hadden met een partner. Het grote nadeel is natuurlijk: hoe ouder je bent, hoe meer je verondersteld wordt om ervaring te hebben, en hoe moeilijker het ook wordt om aan een potentiële partner toe te geven dat je het nog nooit gedaan hebt.»

**Ruyts** «Ik denk wel dat het in onze maatschappij supermoeilijk is om toe te geven dat je het op je zesentwintigste nog niet hebt gedaan. Als ik op een feestje vertel dat ik niet van voetbal hou, maakt niemand daar een probleem van. Maar als je zegt dat je niet van seks houdt, ben je opeens een freak.»

**Penne** «Soms zoeken mannen die geen relatie kunnen aanknopen hulp en kan therapie hen echt wel helpen.»

**Enzlin** «Sommigen zijn ook op het vlak van masturbatie onkundig, onwetend en weinig ervaren. Het kan nuttig zijn om zulke mensen eerst te helpen om plezier te beleven aan hun eigen lichaam, en hen zo op weg te helpen.»

**Penne** «Maar of het al dan niet gezond is om geen seks te hebben, zoals jullie vroegen, en of mensen dus moeten geholpen worden, hangt van de situatie af: hebben zij of hun omgeving er last van? Zo staat het trouwens ook in de DSM (het Amerikaanse standaardwerk voor de diagnose van psychische aandoeningen, red.). Als de persoon in kwestie én zijn omgeving geen hinder ondervindt, mag je geen seks hebben niet als een stoornis of als abnormaal omschrijven.»

**HUMO** Als iemand last heeft, zijn het meestal mannen, en in 22 procent van de gevallen zeggen ze dan dat ze geen psychisch, maar een fysiek probleem hebben.

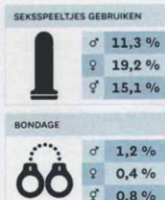
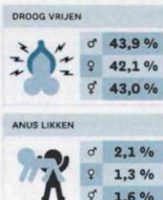
**Penne** «Ja, al spelen er bijna altijd ook psychologische factoren mee – faalangst, relatieproblemen... Maar de overgrote meerderheid van de mannen en vrouwen die op consultatie komen voor erectieproblemen of vaginisme denkt dat het een puur fysieke kwestie is. Ze hopen dat, omdat lichamelijke problemen makkelijker te behandelen zijn.»

**Ruyts** «Ik sprak een seksuoloog die stellen ook altijd een keer apart wilde zien. Vaak blijkt dan dat de man alleen erectieproblemen heeft bij zijn vrouw, maar niet bij zijn minnares. En dan weet je meteen dat er sprake is van een relatieprobleem en niet van een fysieke kwestie.»

**Enzlin** «Naar de ochtenderectie vragen is een veel simpeler manier om daar achter te komen. Als therapeut heb je niks aan die informatie over die minnares. Daarover praten met de betrokken partijen zal het relatieprobleem niet oplossen. Integendeel.»

**Penne** «Therapeuten zijn niet zover bezig met het achterhalen van de waarheid, maar met de verbetering van de communicatie tussen partners, met het herstellen van de intimiteit.»

**Enzlin** «Dat seksuele 'probleem' ook in dit onderzoek weer vaker bij de man liggen, komt omdat seks nog altijd wordt gelijkgesteld aan penetratie, en dat lukt natuurlijk niet zonder erectie. Als vrouwen ►



©auxipress





U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168  
Humo  
12.02.2013



## HET GROTE VLAAMSE SEKSRAPPORT

► eens minder zin hebben of wat pijn hebben bij het vrijen, maakt die penetratie niet per se onmogelijk. Een man is dus sneller biologisch gehavend om op een bepaalde manier seks te hebben.»  
**Penne** «Waarschijnlijk hebben vrouwen en mannen even vaak libido problemen, alleen verwoorden ze dat anders. Vrouwen zullen veeleer zeggen: 'Ik heb daar geen goed gevoel bij.' En mannen zeggen: 'De machine werkt niet meer.'»

### BEETJE BI

**HUMO Vrouwen fantaseren vaker over vrouwen dan mannen over mannen. Ze geven ook vaker gevolg aan de fantasieën. Hoe komt dat?**  
**Enzlin** «Mannen zijn inderdaad wat rigider. De erotische plasticiteit van vrouwen is groter dan die van mannen.»

**HUMO De erotische wat?**  
**Enzlin** (lacht) «Plasticiteit. Dat betekent dat vrouwen weleens veranderen van seksuele voorkeur. Zдра een man zich seksueel geïnteresseerd heeft, ligt dat nogal vast. Bij vrouwen is dat veel minder het geval, en daarom fantaseren vrouwen ook meer over andere vrouwen. Dat ze vaker van voorkeur veranderen wil overigens niet zeggen dat alle heteroseksuele vrouwen vanaf hun veertigste plots lesbisch kunnen worden.»

**Van den Eynde** «Jammer.»  
**Enzlin** «Sorry, Sandra»  
(Algemene hilariteit)

**Penne** «In feite is niemand honderd procent hetero of homo. Iedereen bevindt zich op een punt op de lijn tussen homo en hetero.»

**HUMO Het aantal holebi's in Vlaanderen zou tussen 3 procent en 8 procent liggen. Vanwaar die ruime marge?**

**Van den Eynde** «Getrouwde mannen of vrouwen die ook homoseksuele contacten hebben voelen zich niet noodzakelijk homo, laat staan dat ze zich outen als homo of lesbienne. Het bepaalt hun identiteit niet. Er bestaat dus een grijze zone tussen puur hetero en puur homo.»

**HUMO Uit de diagrammen in het rapport blijkt ook dat overtuigde hetero's méér holebi zijn dan ze denken.**

**Penne** «Dat is normaal.»  
«Mensen maken zich onterecht zorgen als ze eens fantaseren over iemand van hetzelfde geslacht. Bij de meesten onder ons is er een

## 'HET STEREOTIEPE BEELD DAT MANNEN ALLEMAAL SEKS OM DE SEKS WILLEN KLOPT HELEMAAL NIET'

groot verschil tussen fantasie en werkelijkheid.»

**HUMO Mannen en vrouwen schatten het belang van seks anders in. Op een schaal van vijf noteren mannen 3,9 en vrouwen 3,1. Maar vrouwen tussen dertig en vijftig zijn wel meer tevreden over hun seksleven dan mannen. Hoe verklaart u dat?**  
**Enzlin** «Het verschil tussen 3,1 en 3,9 is eigenlijk verwaarloosbaar.»

«Vanaf hun vijfendertigste breekt voor vrouwen een betere seksuele periode aan, omdat hun relatie en gezinstoestand dan doorgaans gestabiliseerd is. Daardoor kunnen ze meer genieten van seks en komen ze ook meer op voor hun seksuele verlangens. Ze zijn zelfbewuster en durven al eens zeggen: 'Mijn man komt nu al vijftien jaar te snel klaar. Nu wil ik ook weleens wat.'»

**Penne** «Dat vrouwen voordien minder tevreden zijn, minder van seks genieten, is omdat ze lichamelijk onzeker zijn. Eigenlijk is dat best tragisch, omdat ze er in die periode juist supergoed uitzien. Vaak leren ze pas echt van seks genieten in een stabiele relatie, waarin ze zich veilig voelen. Of als ze wisselende partners hebben en merken dat die hen aantrekkelijk vinden.»

**HUMO Na hun vijftigste zijn mannen dan weer meer tevreden over hun seksleven dan vrouwen.**

**Ruyts** «De menopauze speelt wellicht een rol.»

**Penne** «Op die leeftijd evalueren mannen wat ze nog kunnen krijgen.»

**HUMO En storten zich vervolgens op een veel jongere partner?**

**Penne** «Of ze kopen een motor (lacht).»

**Ruyts** «Rika Ponnet vertelde me dat vrouwen na de menopauze niet per definitie minder zin in seks hebben. Het cliché dat vrouwen na hun vijftigste in een droge woestijn veranderen klopt dus niet?»

**Penne** «Als vrouw onderga je wel een heleboel fysieke veranderingen, maar je kunt je wel aanpassen. Partners die zich in andere moeilijke fases van hun relatie hebben aangepast, bijvoorbeeld na ziekte of ontrouw, zullen hun seksleven na hun vijftigste ook wel mooi vormgeven. Stellen die daar niet in slagen, hebben misschien een rekening te verffenen en gebruiken die fase als aanleiding om alles eindelijk af te blazen.»

**Enzlin** «Het verleden speelt inderdaad een rol. Als je een bevredigende seksuele relatie hebt met je partner, zal je die ook in veranderende omstandigheden proberen voort te zetten. Maar als je seksleven altijd al lastig was, kun je die fysieke veranderingen aangrijpen om de strijd te beslechten.»

### DICHTER BIJ GOD

**HUMO We doen het gemiddeld 1,21 keer per week. Dus geen drie keer, zoals uit andere onderzoeken blijkt.**  
**Enzlin** «Wij hebben de frequentie over korte periodes bevestigd. Hoe korter de periode waarnaar je vraagt, hoe correcter het antwoord. Wie weet nog hoeveel keer seks hij of zij de voorbije acht weken heeft gehad? Dat vergeet je gewoon. Mensen houden geen agenda bij. Ik vind het goed dat die mythe van drie keer per week doorgeprikt wordt.»

**Ruyts** «Een kleine minderheid doet het wel zeven keer per week.»

**Van den Eynde** «En daarnaast heb je evengoed mensen die maar een half jaar seks hebben. En ook daar is niets mis mee. Die variatie is geruststellend voor de mensen.»  
**Ruyts** «Ja, want we willen blijkaar graag aan een norm voldoen, terwijl die dus helemaal niet bestaat.»

**Enzlin** «Of je seksleven goed of minder goed is, wat je niet in dat ene cijfertje.»

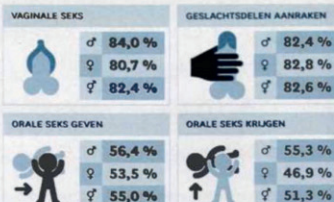
**Penne** «Mensen in een nieuwe relatie vinden, ongeacht hun leeftijd, het eerste jaar meer vrijen dan gemiddeld.»

**Ruyts** «Ik heb me laten vertellen dat als je gedurende dat eerste jaar voor elke vrijpartij een erwt in een pot legt en er vanaf het tweede jaar na het vrijen telkens een beetje uitneemt, die pot nooit meer leeg raakt.»

**HUMO Een klassieker: mannen krijgen bij het vrijen bijna altijd een orgasme: ruim 90 procent. Vrouwen komen maar aan 47 procent.**

**Enzlin** «Mannen vinden een orgasme nu eenmaal belangrijker dan vrouwen. Voor een man is vrijen zonder orgasme bijna alsof ze niet gevrijd hebben. Vrouwen kunnen ook intens genieten zonder orgasme: de emotionele intimiteit is voor hen vaak zelfs belangrijker.»

«Klassieke heteroseksus is voor een vrouw ook niet de beste manier om klaar te komen. Een op de drie vrouwen krijgt gewoon geen orgasme bij penetratie door hun partner. Dat weten we al sinds de Hite-rapporten van de jaren zeventig.»  
**Penne** «Toch wordt er niet alleen gevrijd met het oog op een orgasme, zelfs niet alleen maar uit liefde en lust. Amerikaanse onderzoekers turfden ooit 237 redenen, waaronder verveeling, je zelfbeeld opkrikken,





U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168  
**Humo**  
12.02.2013



je partner plezieren, zelfs dichter bij God komen...»

**HUMO Volgens het cliché doen vooral mannen aan masturbatie. Maar wat blijkt? Vrouwen doen het wat minder frequent, maar ze blijven het wél veel langer doen dan mannen. Ze gaan gewoon door tussen 65 en 80 jaar.**

**Penne (laconiek)** «Zo zijn vrouwen, hé: hardnekkig volhouden.»

**Enzlin** «Er is geen eenduidige verklaring, maar vergeet niet dat vrouwen ouder worden dan mannen en dus vaker alleenstaand zijn. Bij gebrek aan een partner blijven ze dan actief masturberen.»

**HUMO Voor hun veertigste masturbeert ruim 90 procent van de mannen, maar daarna daalt het snel. Is het vat dan af?**

**Enzlin (lacht)** «In elk geval niet letterlijk, want het vat blijft gevuld met zaadvocht en zaadcellen. Ik zie geen duidelijke verklaring. Misschien krijgen ze met de leeftijd meer erectieproblemen? Of hebben oudere mannen een veel jongere partner en daardoor minder behoefte aan masturbatie?»

**HUMO De gemiddelde Vlaming doet het voor 91 procent braafjes thuis. Zelfs jongeren hebben vooral thuis seks. Wat is er mis met sportclub, kantoor, auto of bos?**

**Penne** «Het is gewoon minder comfortabel. En waarom zou de schoolgaande jeugd geen nuttig gebruik maken van een leeg huis als hun ouders uit werken zijn?»

**HUMO Tot slot: de Vlaming geeft zichzelf een forse 4,4 op 5 voor zijn of haar seksleven. Is dat niet ontzettend hoog?**

**Enzlin** «Een seksenquête spreekt natuurlijk vooral mensen aan die enthousiast zijn over hun seksleven.»

**Penne** «Maar die hoge tevredenheid is wel een aangename verrassing in tijden waarin seks synoniem lijkt met 'spectaculair', 'heftig' en 'vaak'. Het getuigt alleszins van veel gezond verstand.»

**Stefanie de Jonge**

**& Jan Lippens**

Illustraties Khuan-Ktron,

Foto's Wouter Van Vaerenbergh

Meer informatie over het rapport op [sexpert-vlaanderen.be](http://sexpert-vlaanderen.be). De coördinaten van Vlaamse seksuologen vindt u op [seksuologen-vlaanderen.be/carta](http://seksuologen-vlaanderen.be/carta).



U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168



WEEKBLAD  
**PRIMO**  
TVgids

Primo TV Gids

12.02.2013  
Page: 108

Circulation: 123140

5/78eb  
1648

*Seks & Relaties*

**Nieuwe reeks**

**SEXPERT: UNIEK VLAAMS SEKSONDERZOEK**



Studies over seks scoren altijd goed in de media. Het thema spreekt meer aan dan eender welk ander onderwerp. Nochtans is het geen sinecure om een goed en betrouwbaar onderzoek te voeren, en het kost veel tijd en moeite. Daar gaan heel wat onderzoeken de mist in. Maar de Sexpert-studie zou een buitenbeentje moeten zijn. Onze resultaten zijn betrouwbaar omdat het onderzoek van bij het begin aan de hoogste kwaliteitsvereisten moest voldoen. Kwaliteitscontrole was cruciaal, van bij het ontwerp van de vragenlijst tot aan de analyse van de resultaten, legt coördinator Alexis Dewaele uit. 'Zo werden de deelnemers op toevallige basis geselecteerd: via adressen die we kregen uit het bevolkingsregister, waarna er een interviewer bij hen langskwam. Ook niet onbelangrijk: de respondenten konden alle gevoelige vragen over seksualiteit anoniem invullen op een laptop, zonder inzage van de interviewer. Op die manier vermeden we dat we 'sociaal wenselijke' antwoorden kregen in plaats van de waarheid.'

**Julie onderzoeken ook het speeksel van de deelnemers, waarom?**

**ALEXIS DEWAELE:** De bedoeling van die speekselbaten is het meten van de hormoonspiegels van vooral cortisol of het 'stresshormoon' en testosteron, het mannelijk geslachtshormoon. Verder kijken we ook hoe hoog of hoe laag mensen scoren op die hormonen, en hoe gevoelig ze eraan zijn. Die resultaten willen we dan linken aan het seksleven van mensen. Bijvoorbeeld: hebben mensen met een heel actief seksleven ook hogere waarden van bepaalde hormonen? Of mensen met veel testosteron, nemen zij meer seksuele risico's dan anderen?

**In de jongste leeftijdsgroep van 14 tot 17 jaar heeft 42 procent al ervaring met seksuele handelingen, en 36 procent met geslachtsgemeenschap. Is het waar dat de jeugd er steeds vroeger aan begint, zoals vaak wordt beweerd?**

**Deel 1**

# Hoe vaak doen we het en met wie?

Hoe is het gesteld met de seksuele gezondheid van de Vlaming? Dat vroeg een groep onderzoekers van UGent, UZ Gent en KU Leuven zich af. Alle statistieken, wetenschappelijke feitjes en straatbevragingen over seks ten spijt, ontbraken er in Vlaanderen betrouwbare gegevens over het seksleven van Jan met de pet. Dus werd Sexpert in het leven geroepen: een grootschalig onderzoek naar ons seksleven. Zijn we tevreden? Hoe vaak doen we het nu écht? Met wie? Enzovoort. 'Vlamingen beleven hun seksleven overwegend positief', zegt Alexis Dewaele, coördinator van Sexpert.





U.Z. GENT  
UZ GENT  
19168

Primo TV Gids  
12.02.2013



giving sense to media

## Sexpert in een notendop

Het Sexpert-onderzoek is een studie gebaseerd op een representatieve steekproef bij 1825 Vlamingen. Allerhande factoren van seksuele gezondheid komen erin aan bod, van seksuele problemen, grensoverschrijdend gedrag, tot wat de Vlamingen doen in bed, wanneer, hoe en met wie. Het is de meest uitgebreide studie over seksuele gezondheid tot nog toe in Vlaanderen. De Studie Universiteit werkt hiervoor samen met de KU Leuven en het Universitair Ziekenhuis Gent. Het Overheidsagentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT) zorgde voor de noodzakelijke financiële steun.

We zien aan onze cijfers dat de jeugd inderdaad vroeger aan seks begint. De gemiddelde leeftijd waarop men de eerste keer geslachtsgemeenschap heeft, ligt bij 65-plussers op twintig à eenentwintig jaar. Bij jongvolwassenen van nu is dat zeventien jaar. Dat is toch een verschil. Maar daarnaast zijn we ook gaan kijken hoeveel tijd er tussen de eerste tongzoen en de eerste keer seks zit. Dat geeft een indicatie van hoeveel tijd jongeren genomen hebben om een zeker traject af te leggen op seksueel vlak. Wat blijkt? Bij alle leeftidsgroepen was die duurtijd hetzelfde, namelijk 2,7 jaar van de eerste kus tot de eerste keer. Dus besluiten we dat jongeren van nu er inderdaad vroeger aan beginnen, maar ze zijn er niet noodzakelijk minder klaar voor.

**Het gezinsklimaat bij jongeren van 14 tot 25 jaar is vrij open, zo blijkt. Hun behoefte om in het gezin over relaties en seks te praten, wordt ruimschoots ingevuld. Is daar een verschil met de oudere generaties?**

Ja, toch wel. Vijftigplussers zeggen dat er vroeger in hun gezin minder open over seks en relaties gepraat werd. Hoe dat precies komt, daar kunnen we niet veel uitspraken over doen, maar vermoedelijk heeft het toch te maken met een maatschappelijke evolutie doorheen de generaties. Pakweg vijftig jaar geleden was seksualiteit minder bespreekbaar binnen het gezin dan nu.

### DE HOLEBI-KLOOF

**Opvallend is het aantal mensen dat zichzelf als exclusief hetero benoemt: 93%. Terwijl je toch vaak hoort dat minstens 10% van de populatie ho-**

**moseksueel of lesbisch zou zijn. Volgens jullie onderzoek ziet slechts 3% zichzelf als exclusief homo of lesbisch. Dat is weinig, niet?**

Je hoort inderdaad vaak het cijfer van tien procent, maar dat is een overschatting. Uit ons onderzoek blijkt dat ongeveer drie procent zichzelf benoemt als homo, lesbisch of biseksueel, en dat cijfer komt ook overeen met wat andere onderzoeken in het buitenland vinden. Maar het cijfer is natuurlijk ook afhankelijk van hoe je de vragen stelt. Wij hebben drie dingen gevraagd: met wie heb je seks, mannen of vrouwen? Fantaseer je over mannen of vrouwen? En welk label gebruik je om jezelf te benoemen? En dan zie je dat mensen zich veel minder vaak als holebi benoemen dan dat ze verlangens hebben naar iemand van hetzelfde geslacht of er effectief seks mee hebben. Er zit dus een kloof tussen wat men verlangt en hoe men zichzelf benoemt.

**Zou het kunnen dat er ook een groep mensen is die niet durven uit te komen voor hun seksuele geaardheid, zelfs niet anoniem?**

Dat kan zeker een rol spelen. De termen homo, lesbienne of biseksueel zijn nog altijd stigmatiserend, het is zeker nog niet de norm. Er zijn dan ook heel wat mensen die niet met dat label geassocieerd willen worden. Er hangt een negatieve bijklank aan vast. Daarnaast zijn er ook veel mensen die zich er niet in herkennen. Zichzelf homo of lesbisch noemen zou impliceren dat ze enkel vallen op mensen van hetzelfde geslacht, terwijl ze zich nog niet willen vastpinnen aan een geaardheid.

### SEKSUELE VEELVRATEN

**Het gemiddelde aantal sekspartners is bij mannen 9,4 (bij dertigers en 50- tot 64-jarigen zelfs 13) en bij vrouwen 5,1. Zijn die cijfers correct of wordt er veel over gelogen?**

Nee, verrassend is het niet, want het komt ook overeen met Amerikaanse en Nederlandse studies. Anderzijds moeten we dit wat nuanceren: de variatie in het aantal sekspartners dat werd vermeld, is namelijk enorm groot. De meerderheid heeft het tot nu toe toch bij één tot maximaal vier bedpartners gehouden.

We kunnen natuurlijk nooit uitsluiten dat mensen liegen over hun aantal bedpartners. Maar toch: in dit soort onderzoeken gaan we ervan uit dat er een groep mensen is die overdrijft, en een andere groep die te lage cijfers weergeeft. Die twee groepen compenseren elkaar.

**Opvallend is het vrij grote aantal mensen dat één sekspartner aangeeft: dertig procent vrouwen en 21 procent mannen.**

Bij die groep zitten natuurlijk ook jongeren die minder seksuele ervaring hebben en daardoor lagere cijfers rapporteren. Anderzijds is er inderdaad een vrij ruim deel van de populatie dat bij één sekspartner houdt, en dat druipt in tegen wat veel mensen

### EEN KEER GEMIDDELD

**De seksfrequentie is volgens dit onderzoek veel lager dan de 'drie keer per week-regel' waar sommige media ons mee om de oren slaan. Het gemiddelde is 1,2 keer seks per week. Hoe komt het dat bij andere onderzoeken dat getal meestal hoger ligt?**

Dit zijn eigenlijk de eerste representatieve gegevens die we in Vlaanderen verzamelen. Alle andere gegevens zijn gebaseerd op steekproeven bij subgroepen, bijvoorbeeld enkel bij jongeren. Ofwel zijn ze gebaseerd op niet-representatieve steekproeven, bijvoorbeeld enquêtes via internet, waar enkel mensen aan deelnemen die zichzelf selecteren, en waarschijnlijk ook beantwoorden aan een ander profiel dan de gemiddelde Vlaming. Ik denk dat we tegenover heel wat onderzoeken kritisch moeten staan, en ons enkel moeten baseren op representatieve gegevens. Met enquêtes die worden afgenomen of betaald door bedrijven die er commercieel belang bij hebben, moeten we zeer voorzichtig zijn.

**Door het vertekende beeld uit andere onderzoeken, maken heel wat mensen zich zorgen dat ze 'het' niet genoeg doen. Steeds denken dat je seksueel niet normaal bent, gaat op den duur toch zwaar wegen?**

**» We moeten af van het idee dat we zoveel keer per week seks moeten hebben**

denken en wat ook de media en de reclame vaak doen uitschijnen. Er is massale aandacht voor seks in onze maatschappij, en dat creëert misschien het stereotype dat veel mensen seksuele veelvratens zijn. Onze gegevens ontkrachten dat typebeeld. Heel veel mensen doen het enkel met hun vaste partner, en een relatief grote groep heeft maar één sekspartner gedurende hun hele leven. We zien ook dat slechts een kleine groep mensen twintig of meer partners heeft gedurende hun leven. Dat gaat over acht procent van de mannen en drie procent van de vrouwen. Ons onderzoek kan dus wel een aantal stereotypen de wereld uit helpen.

Inderdaad, maar dat hoeft dus niet. En als onderzoekers willen wij ook nog benadrukken dat die 1,2 keer per week een gemiddelde is. Er zijn mensen die de jongste zes maanden géén seks hebben gehad en daar geen enkel probleem mee hebben. En anderzijds zijn er mensen die het veel vaker doen. Achter gemiddelden gaat altijd een immense variatie schuil. Het is zeker niet onze bedoeling om gemiddelden te rapporteren en dat dan te presenteren als de 'norm' waaraan iedereen moet voldoen. We moeten van dat idee af, dat je x aantal keer per week de liefde moet bedrijven. De enige 'norm' die telt is dat mensen doen waar ze zich goed bij voelen. ▶



UZ GENT  
UZ GENT  
19168

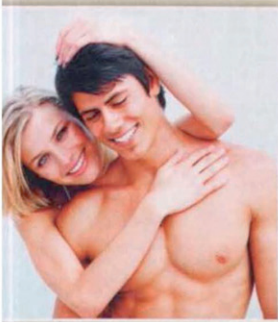
Primo TV Gids  
12.02.2013



## ORGASME EEN MANNENZAAK?

Bij de orgasmefrequentie valt op dat mannen vaker dan vrouwen een orgasme beleven: negen op de tien mannen komen altijd of bijna altijd klaar, tegenover een kleine vijf op de tien vrouwen. En 14,5 procent van de vrouwen zegt nog nooit een orgasme te hebben ervaren. Dat is toch een opvallend hoog cijfer?

Het is in ieder geval niks nieuws. Ook in andere onderzoeken vinden we dit terug. Een man bereikt meestal een orgasme via penetratie, voor een vrouw is vaak (ook) clitorale stimulatie nodig om tot een orgasme te komen. Slechts één op de drie vrouwen zou in staat zijn om klaar te komen met



enkel penetratie. Een mogelijke andere verklaring is dat mannen en vrouwen seksueeliteit op een verschillende manier waarderen. Bij mannen blijkt klaarkomen belangrijker te zijn; zij zien het als een bijna noodzakelijk eindpunt van seks. Als een man niet is klaargekomen, vindt hij dat hij geen seks heeft gehad. Bij vrouwen zou het orgasme niet het belangrijkste zijn in seks. Intimiteit speelt een grotere rol. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat vrouwen een orgasme niet prettig vinden. We stellen ook vast dat tevredenheid over het seksleven samenhangt met het ervaren van een orgasme.

## VEILIG VRIJEN

3,6 procent heeft ooit al een seksueel overdraagbare aandoening (soa) gehad. Dat cijfer is lager dan in Groot-Brittannië, waar 11 procent van de

mannen en 13 procent van de vrouwen al een soa gehad heeft. Kunnen we daaruit besluiten dat Vlamingen goede leerlingen zijn op het vlak van veilig vrijen?

Doordat het aantal mensen dat zich al op soa's heeft laten testen, zo klein is, is het niet evident om in te schatten hoe betrouwbaar onze cijfers zijn. Het is wel zo dat onze cijfers veel lager uitvallen dan de cijfers die artsen verzamelen. Daar is een verklaring voor: de mensen die zich bij hun huisarts melden, zijn mensen die klachten hebben. Dat is een andere groep dan die uit onze steekproef. Zo zien we bijvoorbeeld dat de groep die zich reeds op soa's liet testen, een hoger aantal sekspartners rapporteert dan de groep die zich nog niet liet testen. Groot-Brittannië kampt ook met een aantal problemen die in België minder vaak voorkomen, zoals tienerzwangerschap. En Vlaanderen heeft ook heel goede gezondheidsvoorzieningen. Anderzijds zijn er in Groot-Brittannië meer grootsteden, waar het risico op soa's veel hoger ligt. Brussel zou kunnen doorgaan als een dergelijke grootstad, maar het Brussels

gewest is niet opgenomen in onze steekproef. Dat verklaart mogelijk dat een aantal problemen zoals soa's, minder voorkomen in onze steekproef.

**Het condoomgebruik ligt vrij laag, want slechts 8,6% gebruikte een condoom bij het laatste seksuele contact. Bij mensen zonder vaste partner was dat wel één op de drie. Maar wat met die andere tweederde? Hebben zij onveilig gevreesd?**

Wat is veilig en wat niet? Dat is een moeilijk te beantwoorden vraag. We zien wel dat de helft van de vrouwen in ons onderzoek de pil gebruikt, en achttien procent heeft een hormonaal spiraalje. Als die mensen binnen een vaste relatie vrijen zonder condoom, kan dat seksueel contact toch veilig zijn wat betreft het risico op een ongeplande zwangerschap. Als we de twee combineren, dus onveilig vrijen met betrekking tot

## De naakte cijfers

- 1 Mannelijke dertigers en mannelijke 50- tot 64-jarigen hebben de meeste sekspartners gehad, namelijk dertien gemiddeld. Over alle groepen heen zitten mannen aan gemiddeld 9,4 sekspartners, en vrouwen aan 5,1.
- 2 Seksfrequentie: Vlamingen hebben gemiddeld 1,2 keer seks per week. Veertig procent doet het één keer per week. Twintig procent deelt de lakens twee keer per week, en 'slechts' tien procent haalt een gemiddelde van drie keer per week.
- 3 Seksfrequentie bis: Er zijn wel grote verschillen per leeftijdsgroep: in de groep 18- tot 29-jarigen en bij dertigers en veertigers ligt de seksfrequentie hoger dan 1,2 keer per week. Vijftigplussers doen het dan weer minder dan één keer per week.
- 4 14,5 procent van de seksueel actieve vrouwen die de voorbije zes maanden seksueel actief was, heeft nooit een orgasme. Daartegenoverervaart 48 procent van de vrouwen altijd of bijna altijd een orgasme tijdens seks. Bij de mannen hebben negen op de tien altijd (of bijna altijd) een orgasme, en slechts 2,6 procent van de mannen komt nooit klaar.
- 5 9,5 procent van de vrouwen fantaseert ook of enkel over vrouwen, tegenover 2,7 procent van de mannen die ook of enkel over mannen fantaseren.
- 6 Een op de vier Vlaamse mannen heeft al eens een scheve schaats gereden. Bij de vrouwen ligt dat cijfer iets lager: 22 procent. Dertigers scoren het hoogst op vreemdgaan: één op de drie deed het al. 3,6 procent heeft ooit al eens een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) gehad.
- 7 Hoe seksueel tevreden zijn we? Op een schaal van 1 tot 5 geven mannen hun seksleven een score van 3,6 gemiddeld, vrouwen 3,5. Het hebben van een partner zorgt voor meer tevredenheid. En hoe ouder we worden, hoe minder tevreden.

zwangerschap of een soa, dan schatten wij dat tussen de negen à achttien procent van de seksuele contacten onveilig is. Maar hou er rekening mee dat het hier over zelfrapportage van mensen gaat, dus het hangt ervan af wat de ondervraagden als 'veilig' inschatten. We konden niet gaan kijken hoe veilig de contacten effectief waren. Veel mensen gaan ervan uit dat ze veilig vrijen zonder condoom omdat ze al heel lang samen zijn met één vaste partner. Maar stel dat die partner vreemdgaat en dat er in die affaire onveilig gevreesd wordt, dan is het seksueel contact met de vaste partner ook niet meer veilig.

**Om samen te vatten: kan je uit dit onderzoek besluiten dat wij Vlamingen seksueel gezond zijn?**

We zien toch heel wat positieve aspecten, en die willen we benadrukken. Het gezinsklimaat is open genoeg om over seksualiteit te kunnen praten. De meeste Vlamingen zijn ook tevreden over hun seksleven, en ze beleven hun seksleven positief. Problemen

zoals tienerzwangerschap komen nagenoeg niet voor in onze steekproef. En voor zover we dat kunnen inschatten, komen soa's ook relatief weinig voor. Jongeren beginnen wel vroeger aan seks, maar leggen een even lang traject af. Dat zijn allemaal positieve indicaties. Er zijn natuurlijk ook een aantal kanttekeningen. We zien dat seksuele stoornissen vrij vaak voorkomen. Bij vrouwen rapporteert 22 procent een seksueel probleem, bij mannen 12 procent. Wat nog meer opvalt is dat slechts weinigen daar ook hulp voor zoeken. We zien ook dat ruim één op de vijf minderjarige vrouwen te maken krijgt met grensoverschrijdend seksueel gedrag. Deze cijfers tonen duidelijk de knelpunten die een actieve aanpak vragen om de hulpverlening nog beter af te stemmen op de bestaande vraag.

Tekst: Kristel De Smet

Volgende week:  
Vruchtbaarheid en zwangerschap



Primo TV Gids, 19 februari 2013

Seks &amp; Relaties

SEXPERT: UNIEK VLAAMS SEKSONDERZOEK

## Deel 2 VRUCHTBAARHEID EN ZWANGERSCHAP

## 'Eén op de tien zwangerschappen eindigt in een miskraam'



Sexpert is een uniek wetenschappelijk onderzoek naar de seksgewoonten van de gemiddelde Vlaming. In deel 2 van deze unieke reeks bekijken we enkele thema's rond vruchtbaarheid en zwangerschap. Joke Vandamme, medewerkster van het Sexpert-onderzoek en verbonden aan de Gentse universiteit, staat ons te woord. 'Het stijgend aantal abortussen is niet per se een slechte evolutie'.

**E**én op vier van de huidige zwangerschappen is ongepland, en bijna één op vijf ook initieel ongewenst. Dat lijken hoge cijfers, maar vergeleken met een halve eeuw geleden, is het een serieuze daling. Joke Vandamme van Sexpert licht toe: 'Voeger was bijna de helft van de zwangerschappen ongepland. Dat is makkelijker te begrijpen als je weet dat er op dat moment nog maar weinig effectieve anticonceptie was. De pil bestond al, maar was nog niet in gebruik. Ook het gebruik van condooms werd nog niet moreel aanvaard. Een zwangerschap kwam, en mensen moesten die ook aanvaarden. Er was weinig sprake van een zwangerschap plannen, er waren nauwelijks mogelijkheden. Terwijl wij nu in een tijd leven waar geboorteplanning heel belangrijk is. We hebben er alle mogelijkheden toe en er wordt verondersteld dat we dat ook allemaal doen.

Het aantal ongeplande zwangerschappen was vroeger dus hoger, geldt dat ook voor de ongewenste zwangerschappen?

**JOKE VANDAMME:** Als we die cijfers vergelijken, zien we dat het aandeel ongewenste zwangerschappen gelijk blijft over de generaties heen, dus vroeger was het ook ongeveer één op zes.

Er wordt in die context nu heel vaak gefocust op de abortuscijfers. Ik pleit er vooral voor om meer te kijken naar de ongewenste zwangerschappen, en om die terug te dringen. Op vlak van geboorteplanning wordt heel veel verantwoordelijkheid bij mensen zelf gelegd. Maar een ongewenste zwangerschap is toch nog iets wat iedereen kan overkomen. Ik vind dat we moeten stoppen met abortus als iets slechts, of als iets 'ver van mijn bed' te zien. Iedereen

kan met een ongewenste zwangerschap te maken krijgen en ik denk dat de beslissing tot abortus, voor elk koppel of elke vrouw, zeker ook een individueel goed antwoord is geweest. Aan het afrekenen van een zwangerschap gaat telkens een heel proces vooraf, zoets komt er niet zomaar. Het proces waar mensen doorgaan, wordt vaak ook bemoeilijkt door alle mythes die er rond abortus heersen. Misschien moeten we daar meer aandacht aan besteden in plaats van enkel naar de cijfers op zich te kijken. Een ongewenste zwangerschap uitdragen - in plaats van te kiezen voor abortus - 'ou risico's' inhouden voor de mentale en fysieke gezondheid van zowel ouder als kind.

Inderdaad. Vroeger keek men vooral naar het verband tussen het hebben van een abortus en latere mentale problemen. Maar in ons onderzoek hebben we de vergelijking gemaakt tussen mensen die een ongewenste zwangerschap hebben uitgedragen, en degenen die voor abortus hebben gekozen. En dan zien we dat de eerste groep nadien toch wel iets slechter af is op vlak van welzijn, dan de groep die voor abortus kiest. En nog belangrijker te weten is dat wie ooit een abortus gehad heeft, zich ook niet slechter voelde dan wie nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt.

Dus aan een abortus zijn geen fysieke of psychische nadelen verbonden? Het lijkt van niet. Wie ooit een abortus meemaakte scoort gemiddeld niet slechter wanneer men een aantal jaar later gevraagd wordt naar het welbevinden. En deze bevinding stemt over een met buitenlandse studies. Maar met wetenschappelijke data zullen we echter nooit in staat zijn





**'Een stijgend aantal abortussen is niet noodzakelijk een slechte evolutie'**

om hier oorzaak en gevolg van elkaar te onderscheiden.

**Cijfers van Sensoa tonen aan dat het aantal abortussen in België ieder jaar stijgt. Moeten we dat als een slechte evolutie beschouwen?**

Heel vaak wordt gezegd dat we de wet terug moeten afschaffen om het aantal abortussen te doen dalen, maar zo werkt het niet. Abortus werd in België pas legaal in 1990, maar voor dat jaar werden er ook al heel wat abortussen uitgevoerd. Abortus is een individuele keuze van mensen, die weinig beïnvloed wordt door de wet.

Om te oordelen of het stijgend aantal abortussen een goeie of slechte evolutie is, kijken we beter naar het aantal ongewenste zwangerschappen. Als er meer abortussen zijn, wil dat misschien ook zeggen dat er minder ongewenste kinderen zijn, en dat er dus meer mensen kiezen om een ongewenste zwangerschap niet uit te dragen. En als je ziet aan onze bevindingen dat mensen na een abortus niet slechter scoren op mentaal welzijn, zou je kunnen stellen dat méér abortussen geen slechte evolutie zijn. Men doet in de media vaak gedurfde uitspraken over abortus. Daar moeten we toch wat mee opletten. Het is een gevoelig thema met veel nuances. Je kan niet zomaar zeggen dat abortus verkeerd is. Je moet er vooral het alternatief – ongewenste kinderen – naast zetten.

**Al bij al is het abortuscijfer in België vrij laag: 5,3 abortussen per honderd zwangerschappen, zo blijkt uit jullie onderzoek.**

Dat klopt. België heeft een relatief laag abortuscijfer in vergelijking met andere landen. In Groot-Brittannië ligt het cijfer zelfs op 17 procent voor de leeftijdsgroep tussen 16 en 44 jaar. Bij ons is het 5,5 procent voor de groep 18 tot 50 jaar. Toch wel een opvallend verschil. Maar een gepaste verklaring is er niet meteen. We moeten wel voorzichtig blijven met het interpreteren van die cijfers. Op abortus ligt voor velen nog een groot taboe, wat er kan voor zorgen dat respondenten die een abortus gehad hebben, het bevoemen als een miskraam of een andere afbreking. Bovendien is er nog een deel van de abortussen dat niet geregistreerd wordt. ■

## ONVRUCHTBAARHEID: 'WIE HULP ZOEKT, VOELT ZICH BETER'

**Er is een trend aan de gang om het ouderschap uit te stellen. De gemiddelde leeftijd waarop een vrouw voor het eerst moeder wordt, is nu 28 jaar. Maar heel wat vrouwen krijgen hun eerste kind pas na hun dertigste. Zijn er risico's verbonden aan die evolutie?**

Toch wel. Mensen die later aan het ouderschap beginnen, krijgen ook vaker te maken met vruchtbaarheidsproblemen. Er is dus zeker een risico verbonden aan het wachten tot na je dertigste. Uit onderzoek blijkt ook dat jongeren zich tegenwoordig weinig bewust zijn van die risico's en er zich ook nog geen zorgen over maken.

**Komen vruchtbaarheidsproblemen nu meer voor dan vroeger?**

Dat zien we in ons onderzoek niet bewezen. We zien wel dat mannen iets vaker richting hulpverlening stappen, vooral als koppel dan toch. Dat zou betekenen dat er minder taboe is rond onvruchtbaarheid, of dat men zich er meer van bewust is dat men er iets aan kan doen. Mensen laten zich nu ook sneller helpen als het niet lukt om zwanger te worden. Vaak al na enkele maanden proberen, willen ze zich al laten onderzoeken.

**Krijgen ze dan ook al de hulp die ze vragen of worden ze weer naar huis gestuurd om nog eventjes langer te proberen?**

De definitie van infertiliteit is dat je na een jaar van regelmatige seksuele activiteit, nog altijd niet zwanger bent. Aan dat criterium

moet in principe voldaan zijn voordat er gestart wordt met een behandeling. De bedoeling daarvan is dat mensen niet té snel behandeld zouden worden terwijl ze het misschien helemaal niet nodig hebben.

**Één op tien zwangerschappen zou op een miskraam eindigen. Verrassend veel.**

Dat cijfer is nochtans vergelijkbaar met andere studies. Het lijkt misschien hoog voor een buitenstaander, maar is zeker representatief.

**Worden veel miskramen misschien verzwegen, omdat er nog taboe op rust?**

Dat kan zeker meespelen. Veel dingen rond zwangerschap, vruchtbaarheid en abortus blijven binnenskamers. Vooral over abortus wordt meestal gezwegen, omdat het gezien wordt als iets waar je zelf verantwoordelijkheid voor draagt. Daarom is het moeilijker om ertoe naar buiten te komen. Op een miskraam heb je zelf minder invloed, maar ook daar lopen weinig mensen mee te koop. We weten ook dat de meerderheid van de miskramen in het eerste trimester van de zwangerschap gebeuren. Een afbreking in het tweede trimester komt weinig voor.

**Misschien kunnen we besluiten dat een miskraam iets heel natuurlijks is, aangezien het zo vaak gebeurt?**

Ja, eigenlijk wel. Bijvoorbeeld mensen die een fertiliteitsbe-

handeling ondergaan en toch te maken krijgen met een miskraam, hebben de neiging om meteen te panikereren, en vrezen dat ze nooit meer zwanger zullen worden. Maar de kans op een miskraam is sowieso tien procent, dus het kan hen net zo goed overkomen. Natuurlijk zijn er wel een aantal factoren die het risico verhogen, zoals zwanger worden op hogere leeftijd, of roken.

**Jullie gingen ook na of het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen, gevolgen heeft voor het welbevinden?**

Mensen die ooit vruchtbaarheidsproblemen hebben gehad, scoren iets lager op mentaal en fysiek welzijn. En de groep die ooit problemen heeft gehad maar daar nooit hulp voor heeft gezocht en dus ook nooit een diagnose heeft gekregen, scoort het laagst. Dus we kunnen zeggen dat de mensen die geen hulp zoeken en niet weten van waar de problemen komen, mentaal en fysiek het slechtst af zijn. Maar we kunnen daarom niet zeggen dat het niet krijgen van een diagnose, leidt tot een lager mentaal en fysiek welzijn, het gaat enkel om verbanden. Het is bijvoorbeeld aangegeven dat vruchtbaarheidsproblemen een bepaalde last leggen op mensen. Relationeel, seksueel en mentaal weegt dat toch wel zwaar. Reden te meer om medische hulp te zoeken.

Tekst: Kristel De Smet

## Enkele cijfers op een rij

-Van alle vrouwelijke vijftigplussers – dus vrouwen in de postreproductieve leeftijd – heeft 87,7 procent ooit een kind gekregen. Het gemiddeld aantal kinderen in deze leeftijdsgroep is 2,1.

-Een op vier zwangerschappen is ongepland, en bijna één op vijf is ongewenst aan het begin van de zwangerschap.

-Een groot deel ongeplande zwangerschappen wordt in het begin als ongewenst beschouwd, maar dat evolueert. Uiteindelijk zijn 68 procent van de ongeplande zwangerschappen toch gewenst, hetzij van bij het begin of na afloop.

-Ongeplande zwangerschappen kwamen door de jaren heen minder voor, maar het aantal ongewenste zwangerschappen is gelijk gebleven.

-Een op acht vrouwen heeft ooit een vruchtbaarheidsprobleem meegemaakt.

-De kans dat een zwangerschap eindigt in een spontane miskraam is één op tien.

**Volgende week:**  
Slot - Seksuele stoornissen

Primo TV Gids, 26 februari 2013

Seks &amp; Relaties

SEXPERT: UNIEK VLAAMS SEKSONDERZOEK

Slot SEKSUELE STOORNISSEN

## Als er wat misloopt bij het vrijen...



**Seksuele stoornissen, het klinkt wat negatief en veraf, maar toch is de kans groot dat ieder van ons ooit af te rekenen krijgt met grote of kleine kwaaltjes die onder die noemer vallen. Te veel zin in seks of juist te weinig, te vroeg klaarkomen, of nooit een orgasme ervaren... Paul Enzlin, professor seksuologie aan de KU Leuven en verantwoordelijke voor het Team Seks therapie binnen Context van het UZ Leuven, licht toe: 'Een seksuele stoornis is niet levensbedreigend, maar wel een bron van stress'.**

Vijftientig procent van alle mannen en 43 procent van de vrouwen zeggen een seksuele (functie)stoornis te hebben. Toch wel hoge cijfers. Hoe moeten we die interpreteren?

**PAUL ENZLIN:** Dat lijken hoge cijfers, maar ook eerder onderzoek toonde aan dat een groot aantal mensen met seksuele functiestoornissen te kampen krijgt. Toch kunnen we dat nuanceren, want we maken een onderscheid

tussen enerzijds een seksuele functiestoornis en een seksuele disfunctie. Een stoornis is de seksuele functie is niet altijd een probleem, want het is niet omdat iets niet goed werkt, dat het ook als een probleem ervaren wordt. Een seksuele disfunctie daarentegen betekent dat mensen echt last ondervinden van die functiestoornis, of dat de stoornis weegt op hun relatie. Als je dat lastri-

terium ook bevaagt bij mensen, dan rapporteert 12 procent van de mannen en 22 procent van de vrouwen een seksueel probleem. Opvallend bij de mannen is dat 'te veel zin in seks' op nummer één staat van meest voorkomende stoornis. Kunnen we dat in verband brengen met het toenemende probleem van seksverlating? Daarop moet ik het antwoord schuldig blijven. We zien wel

dat er in bepaalde leeftijdscategorieën een verband is tussen mannen die aangeven dat ze te veel zin in seks hebben, en vrouwen die te weinig zin hebben. Er zijn geen normen voor de zin in wijen waaraan je 'te veel' of 'te weinig' kan afmeten. Het is vooral een relationele definitie. Je kan zeggen dat je te veel zin hebt omdat je partner minder zin heeft, of omgekeerd. En te veel of te weinig zal waarschijnlijk eerder te maken hebben met wat de partner verlangt dan met een bepaalde norm. De link met seksverlating kunnen we niet leggen. Er is in de medische wereld bovendien nog veel discussie over wat te veel is, en wanneer je van een seksverlating kan spreken.



### 'Te weinig zin in seks' is bij vrouwen dan weer een veelgenoemde stoornis. Is er een biologische verklaring voor dat verschil tussen mannen en vrouwen?

Er is een biologische factor, namelijk hormonen, die daar een rol in kunnen spelen, maar ik geloof niet dat dat het enige is. Het hormoon testosteron, of het mannelijk geslachtshormoon, is deels verantwoordelijk voor de *sex drive* van mannen én vrouwen. Vrouwen maken dus ook testosteron aan, maar de hoeveelheden zijn veel kleiner. Dat verschil in testosteron zou dus al kunnen zorgen dat een vrouw minder van die *sex drive* heeft, maar zo simpel is het niet. Voor een vrouw zijn er nog andere mechanismen die maken dat ze wel of geen zin heeft in seks. De menstruele cyclus is daar sterk aan gekoppeld. Vrouwen die geen hormonale anticonceptie nemen, zullen ervaren dat ze rond de periode van hun eisprong meer zin hebben, en ook in de periode rond de menstruatie. Voor veel vrouwen speelt ook de relatiecontext mee. Gaat de relatie goed? Is er veel stress rond de kinderen? Dat kunnen allemaal redenen zijn waarom er minder verlangen is bij vrouwen.

### De stoornis 'te weinig responsief verlangen' is nieuw maar komt vaak voor. Leg eens uit?

Responsief verlangen is de zin om te vrijen die ontstaat omdat de partner het initiatief neemt. Mensen krijgen niet altijd uit zichzelf zin om te vrijen, vaak is het de partner die hen ertoe aanzet. Maar als er ook dan geen verlangen opduikt, kan je spreken van een tekort aan responsief verlangen. Dit komt voor bij acht procent van de vrouwen. En je zou verwachten dat het bij mannen niet voorkomt, want het idee leeft dat als een vrouw moeite doet, een man altijd klaarstaat. Maar het viel ons op dat ook een aantal mannen er last van hebben. Het is dus een mythe dat het vuur van een man altijd aan te steken is.

### Voor erectiestoornissen bestaat tegenwoordig medicatie. Zorgt dat er ook voor dat meer mannen hulp zoeken voor hun probleem?

Als we puur naar de onderzoeksgegevens kijken, zien we dat zeven procent van de mannen een beroep deed op een arts en medicatie kreeg tegen erectiestoornissen.

Of dat meer mannen zijn dan vroeger, weten we niet. Maar het is wel geweten dat er tegenwoordig veel meer mannen naar hun huisarts stappen om een erectieprobleem te bespreken. De zekerheid dat er een medicijn bestaat dat hen kan helpen, motiveert hen. Maar het is opvallend dat de helft van de mannen bij wie de medicatie helpt, nooit meer teruggaat voor een nieuw voorschrift. Daardoor is er in de praktijk het besef gegroeid dat het voorschrijven van een pil best gepaard gaat met een verduidelijkend gesprek over de verwachtingen rond seksualiteit. Enkel maar een voorschrift meegeven is niet voldoende. Niet zelden zijn er nog andere (seksuele) problemen in de relatie en is een erectiepijl niet de enige oplossing.

### Bestaan er voor andere seksuele stoornissen ook medicijnen of behandelingen?

Er is slechts voor één seksuele stoornis een goede medicamenteuze oplossing, en dat is voor erectiestoornissen. Rond het probleem van vroegtijdig klaarkomen bij mannen is tegenwoordig ook veel te doen. Een licht antidepressivum zou daarvoor een oplossing kunnen zijn. Want daarmee zou je de ejaculatie een beetje kunnen uitstellen. De tijd voor het klaarkomen kan met drie à vijf keer vermenigvuldigd worden, lemand die binnen de halve minuut klaarkomt, kan het orgasme dan uitstellen tot anderhalve of tweeënhalve minuut. Het uitgestelde orgasme is eigenlijk een nevenwerking van een antidepressivum, dat bij te vroeg klaarkomen als iets positiefs wordt gezien. Voor vrouwen is er een tijdje onderzoek gedaan naar een pil om het verlangen in seks aan te wakkeren. Dat middel bereikte relatief goede resultaten, maar werd uiteindelijk niet goedgekeurd en is nooit op de markt gebracht. De FDA (de Amerikaanse Food and Drug Administration) oordeelde dat het voordeel voor vrouwen onvoldoende overtuigend was in vergelijking met de nevenwerkingen. Tegen vaginale droogte na de menopauze wordt soms het advies gegeven om de anticonceptiepijl

door te nemen tot de leeftijd van zestig. Er zijn ook lokale hormoonpreparaten die men vaginaal kan aanbrengen. Maar los van hormonale middelen, is het gebruik van een glijmiddel eigenlijk het eenvoudigste. En voor heel wat mensen die seksueel actief willen blijven, volstaat dit om de penetratie te vergemakkelijken en het probleem op te lossen.

### Je zal daarnet dat testosteron de zin in seks vergroot bij mannen. Is het dan niet mogelijk om vrouwen met gebrek aan seksueel verlangen ook testosteron toe te dienen?

Bij mannen die echt te lage testosteronwaarden hebben, is het zinvol om extra testosteron toe te dienen. In alle andere gevallen heeft het weinig effect op het seksueel verlangen. Ook bij vrouwen geldt dat wanneer de testosteronwaarde heel erg onder de norm ligt, een supplement zou

bereiken. Slechts één op de drie vrouwen is in staat om zo klaar te komen. Maar als je als koppel steeds vasthoudt aan die penetratie, schuilt daar misschien het probleem. Vaak ligt de sleutel een beetje hoger, en dat is ter hoogte van de clitoris. Een goeie clitorale stimulatie - en wat dat is, zal van vrouw tot vrouw verschillen - is waarschijnlijk veel beter dan louter vaginaal penetreren, of wachten op een orgasmeplil.

### Hebben seksuele stoornissen of disfuncties een invloed op de gezondheid van mensen?

Een seksuele stoornis is in elk geval niet levensbedreigend. Ik merk ook aan onze cijfers dat de meeste seksuele problemen, zowel bij mannen als vrouwen, soms jarenlang aanslepen. Dus mensen gaan er zeker niet van dood. Het is wel zo dat een seksueel probleem voor heel wat stress kan

zorgen. Veel vrouwen die pijn bij het vrijen hebben, vertellen ons dat ze zich minder 'vrouw' voelen omdat ze geen normale seks kunnen hebben. Ook voor mannen met erectieproblemen geldt

## Een grote seksmythe: als een vrouw moeite doet, staat een man altijd klaar voor seks

kunnen helpen. Maar dat moet heel goed opgevolgd worden door een gespecialiseerde arts, om te vermijden dat een vrouw mannelijke kenmerken zou krijgen, zoals baardgroei en een lage stem. Dat zijn nevenwerkingen waar weinig vrouwen op zitten te wachten, denk ik.

### Bij vrouwen is 'zelden of nooit een orgasme krijgen' de meest genoemde seksuele stoornis. Zou daar in de (nabije) toekomst een medische oplossing voor komen?

Het krijgen van een orgasme heeft te maken met twee elementen. Eén: de juiste seksuele stimulatie, en twee: de mogelijkheid om zich te laten gaan tijdens seks. Als die twee voorwaarden voldaan zijn, denk ik dat de meeste vrouwen toch tot een orgasme zouden kunnen komen. Een medicijn lijkt me daarvoor niet erg zinvol. Het probleem ligt eerder in het wijdverspreide idee dat klaarkomen bij vrouwen altijd via penetratie moet gebeuren. We weten al sinds de jaren zeventig dat penetratie voor vrouwen niet de beste manier is om een orgasme te

vaak dat ze zich minder 'man' voelen. De mannelijke en vrouwelijke rollen in de maatschappij veronderstellen dat we seksueel actief kunnen zijn. En als dat niet lukt, voelen mensen zich in hun mannelijke of vrouwelijke identiteit aangetaast. Velen associëren een seksueel probleem ook met ouder worden. Dat is confronteerd, want mensen worden niet graag ouder. We weten ook dat als seks niet loopt zoals het hoort, mensen zich minder emotioneel en fysiek bevredigd voelen. En dat maakt dat ze zich in het algemeen minder goed in hun vel voelen. En de mensen die met een seksueel probleem bij ons komen, vertonen vaak toch wel symptomen van depressie. Dat werd al vaker aangetoond in onderzoek. Het vooruitzicht van een oude dag zonder seks is iets waar veel mensen zich moeilijk overheen kunnen zetten.

Is dit geen kwestie van de kip of het ei; zou de depressie niet de oorzaak van de seksuele stoornis kunnen zijn? Soms wel. Als je een depressie hebt, kan je daardoor ook een

seksuele stoornis krijgen omdat anti-depressiva vaak aanleiding geven tot seksuele problemen. Maar omgekeerd is het vaak zo dat sommige mensen zich door een seksueel probleem zodanig slecht gaan voelen, dat ze in een depressie belanden. Het werkt dus zeker in twee richtingen. En als je dan anti-depressiva neemt, wordt het er ook niet beter op. Voor al een orgasme bereiken wordt moeilijker. De zin in seks verbetert soms door anti-depressiva, maar kan ook verminderen of verdwijnen. En bij mannen wordt het krijgen van een erectie ook wel bemoeilijkt door een anti-depressivum.

Om danks het feit dat veel mensen een seksuele stoornis rapporteren, zal de meerderheid seks niet vermijden (84 procent mannen en 64 procent vrouwen). Dus moet de ernst van die seksuele stoornissen wel meevalen?

Dat cijfer vonden wij ook opmerkelijk. Maar ik denk dat het vermijden van seks ook afhankelijk van hoe je seks definieert. Als je seks enkel ziet als penis in vagina, dan wordt dit voor mannen met een erectiestoornis bijna onmogelijk. Deze mannen scoren ook hoog op het vermijden van seks, omdat hun beeld van wat seksualiteit is, helemaal doorbroken wordt. Andere seksuele problemen als weinig verlangen, vaginale droogte, moeite om klaar te komen of te snel klaarkomen, zijn geen redenen om seks helemaal te vermijden. Het is ook vaak zo dat mensen met een seksueel probleem, voor hun partner toch nog doorgaan met seks, omdat ze vinden dat seks nu eenmaal bij een relatie hoort. Ook al is de seks minder goed en hebben ze er minder plezier aan. Behalve dan als mensen echt pijn hebben bij het vrijen?

Ja, maar onze ervaring leert dat die mensen - meestal vrouwen, maar het kunnen ook mannen zijn - met hun partner afspreken om penetratie te vermijden, maar geen seks vermijden. Want de pijn treedt vaak alleen op bij penetratie. In het hele seksuele spectrum zijn er nog heel wat andere mogelijkheden. Kussen, strelen, aanraken, elkaar mas-



„ Slechts voor één seksuele stoornis bestaat er al een medicijn, en dat is de erectiestoornis

turberen... En zelfs een erectiestoornis betekent niet dat je niet kan klaarkomen op andere manieren dan door penetratie. Dus zelfs daarvoor hoeft je seks niet te vermijden. Seks wel of niet vermijden, zal afhangen van hoe creatief mensen kunnen omgaan met hun mogelijkheden om elkaar seksueel genot te geven, en van het belang dat ze hechten aan penetratie.

Vijfentachtig procent van de mensen die een seksuele stoornis rapporteren, heeft daar nog nooit hulp voor gezocht. De meesten zoeken zelfs geen hulp als ze er last door onderwinden. Hoe komt dat?

Ernne naar buiten komen is moeilijk. Veel mensen voelen schaamte. Ten tweede weten ze niet goed waar ze met hun probleem kunnen aankloppen. Bij de huisarts, een psycholoog, een gynaecoloog of seksuoloog? Aan de andere kant is er ook bij de hulpverleners heel wat schroom. Artsen hebben een lange opleiding genoten, maar als je aan studenten geneeskunde vraagt hoeveel uren college ze al hadden waarin het thema seksualiteit centraal stond, dan moeten de meesten tegeven dat dat heel weinig is, en dat is meestal nog een eufemisme voor 'riks'. Artsen, en zeker specialisten, worden opgeleid zonder dat seksuele problemen erin aan bod komen. Bij de huisartsen komt er stilaan een kerntermin maar ook bij psychologen en zelfrelatieherapeuten is het thema vaak niet in de opleiding opgenomen. Het gevolg is

dat hulpverleners zich weinig competent voelen, en dus ook minder geneigd zijn om vragen te stellen over seksuele problemen. Dan gebeurt het wel eens dat er een 'wachtkamer cultuur' gecreëerd wordt tussen de hulpverlener en de patiënt, dat wil zeggen dat ze allebei wachten totdat de ander erover begint. Of ze lachen het probleem weg en leiden het af naar iets anders. Dat maakt dat mensen met ernstige problemen veel te lang wachten om de juiste hulp te zoeken, vaak als het al te laat is en hun relatie niet meer te redden valt. Een derde probleem is dat mensen

niet goed weten wat de taak van een seksuoloog precies inhoudt. Er doen veel farka zien de rondte over wat seksuologen doen, terwijl wij gewoon goed opgeleide hulpverleners zijn, die samen met mensen op zoek gaan naar andere manieren om met hun seksuele en relationele zorgen om te gaan. We nemen hun pro-

bleem ernstig, en hebben een heleboel methodieken in onze kast liggen om hen vooruit te helpen.

Waar kunnen mensen dan concreet naartoe met hun seksuele stoornis? Ik denk dat er voor huisartsen in de eerste plaats een belangrijke taak weggelegd is, omdat die vaak een goed zicht hebben op de gehele gezondheid van hun patiënten. En als je effectief op zoek wilt naar een seksuoloog, is er de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie. Dat is de beroepsvereniging van alle seksuologen in Vlaanderen. Op hun website [www.seksuologen-vlaanderen.be](http://www.seksuologen-vlaanderen.be) kan je rechtstreeks een seksuoloog opzoeken. In de linkerkolom kan je klikken op 'Zoek een VVS-seksuoloog' en krijg je een lijst van seksuologen per provincie. Daar zie je ook de achtergrond van de seksuologen, wat hun vooropleiding was en hun specialisatie. Wa die weg kom je meteen terecht bij een bekwaam hulpverlener.

Tekst: Kristel De Smet

## Alle seksuele stoornissen op een rijtje

- Seksuele aversie: extreme aversie voor, en vermindering van, elk seksueel contact met de geslachtsdelen van de partner.
- Verminderd seksueel verlangen: gebrek aan seksuele fantasieën en verlangen naar seks.
- Verhoogd seksueel verlangen: teveel aan seksuele fantasieën en verlangen naar seks.
- Verminderd responsief verlangen: moeite om zin te krijgen in seks wanneer de partner initiatief neemt.
- Fysieke opwindingsstoornis bij de vrouw: moeite om vaginaal vochtig te worden of vochtig te blijven.
- Fysieke opwindingsstoornis bij de man: moeite om een erectie te krijgen of in stand te houden.
- Subjectieve opwindingsstoornis: gebrek aan het gevoel opgewonden te zijn.
- Orgasme stoornis: vertraging of uitblijven van een orgasme, na een nachts normale opwinding.
- Voortijdige ejaculatie (= zaadlozing) bij man: ejaculatie na minimale seksuele stimulatie, en eerder dan de man het wil.
- Snel orgasme bij de vrouw: orgasme na minimale seksuele stimulatie, en eerder dan de vrouw het wil.
- Retrograde ejaculatie: het optreden van een orgasmegevoel bij de man, maar zonder zaadlozing.
- Verminderde kracht van ejaculatie: het optreden van een orgasme én zaadlozing, maar de kracht van die zaadlozing is minder dan normaal.
- Dyspareunie: pijn bij het vrijen, meestal door penetratie. Dit kan zowel bij vrouw als man optreden.
- Vaginisme: onwillekeurige spasme van de spieren rond de vagina, waardoor geslachtsgemeenschap wordt belemmerd of onmogelijk is.



Knack, 13 februari 2013

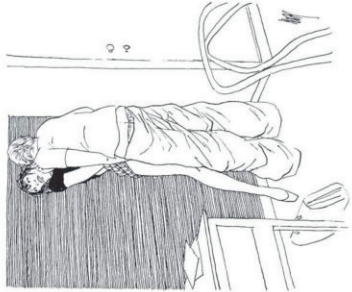
ONDERZOEK

**N**oel eerder werd in Vlaanderen op een dergelijke schaal en op een degelijke systematische manier kennis verzameld over seks in Vlaanderen", zegt Alexia Dewals, coördinator van de Sociaalwetenschappelijke Dienst Gent en Leuven. In opdracht van het agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT).

**Wat hebben jullie gevonden?**  
Alexis Dewals: Alles wat met seks te maken heeft, en vooral wat de Vlaaming wel en niet graag doet, wordt opgenomen in dit onderzoek. Het gaat om seksuele voorkeuren, seksuele oriëntatie, seksuele identiteit, seksuele tevredenheid...

**En?**  
Het belangrijkste is dat er positief is over te zeggen. Er zijn relatief weinig problemen. Mannen en vrouwen zijn even tevreden, de meeste doelgroepen tot zeer tevreden te noemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.

**Misschien zijn we makkelijker content. En misschien zijn we ook de lagers?**  
Er zijn er altijd die overvrijden, die overvrijden, die overvrijden. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.



WAGHT BUSTON... WE AMETEN GELOF... H. STAN...

delen tegen het lichaam of tegen de geslachtsdelen van de partner te maken heeft, en vooral wat de Vlaaming wel en niet graag doet, wordt opgenomen in dit onderzoek. Het gaat om seksuele voorkeuren, seksuele oriëntatie, seksuele identiteit, seksuele tevredenheid...

**Wat is de belangrijkste bevinding?**  
Er zijn relatief weinig problemen. Mannen en vrouwen zijn even tevreden, de meeste doelgroepen tot zeer tevreden te noemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.

**Wat is de belangrijkste bevinding?**  
Er zijn relatief weinig problemen. Mannen en vrouwen zijn even tevreden, de meeste doelgroepen tot zeer tevreden te noemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.

**Wat is de belangrijkste bevinding?**  
Er zijn relatief weinig problemen. Mannen en vrouwen zijn even tevreden, de meeste doelgroepen tot zeer tevreden te noemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.

**Wat is de belangrijkste bevinding?**  
Er zijn relatief weinig problemen. Mannen en vrouwen zijn even tevreden, de meeste doelgroepen tot zeer tevreden te noemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.

**Wat is de belangrijkste bevinding?**  
Er zijn relatief weinig problemen. Mannen en vrouwen zijn even tevreden, de meeste doelgroepen tot zeer tevreden te noemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.

**37%**  
1. **Zorgelosen**  
Deze groep heeft een gemiddeld diers partner van seksuele handelingen. Ze doen veel verschillende dingen, van loutieren en striemen over orale seks en penetratie. Maar anale seks en sekspositie zijn uit den boze. Van de 100 jongeren die in de enquête zijn meegenomen, 74 procent gaf het antwoord dat ze geen problemen hebben. 26 procent gaf problemen aan.

**10%**  
3. **Gemaitijden**  
Het seksuele repertoire van gemaitijden is aanzienlijk minder uitgebreid dan dat van ontdekkers en zorgelosen. Ze hebben weinig seks, die is ook weinig gevarieerd. Ze zijn ook gemiddeld tevreden, hebben doornen hun leven, maar ze zijn ook niet ontevreden. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.

**75%**  
4. **Maiticenten**  
Net alle gemaitijden hebben de maiticenten weinig gevarieerd seksrepertoire en weinig seks. Ze zijn ook niet ontevreden. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen. Het is een positief beeld van de Vlaamse seksuele problemen.

**31%**  
2. **Ontdekkers**  
Doen de meeste dingen die de zorgelosen en maiticenten niet doen. Ze hebben een seksrepertoire dat veel meer gevarieerd is. Ze doen veel verschillende dingen, van loutieren en striemen over orale seks en penetratie. Maar anale seks en sekspositie zijn uit den boze. Van de 100 jongeren die in de enquête zijn meegenomen, 74 procent gaf het antwoord dat ze geen problemen hebben. 26 procent gaf problemen aan.

**13%**  
5. **Uitgedoofden**  
Hadden veel sekspartners in de loop van hun leven, maar nu hebben ze maar weinig seks. Dit wordt zwaarmoedigheid genoemd. Ze hebben zelden seks, weinig of geen problemen, maar zijn toch ontevreden. Omdat ze al veel partners hebben? Zijn uitgedoofden?

HET PROFIEL VAN DE VLAMING

**“Vrouwen ouder dan 65 hadden méér sekspartners dan hun mannelijke leeftijdgenoten en tussen 50 en 64”**

**ONDERZOEK**

sie staan 8 procent van de mannen en bijna 3 procent van de vrouwen die 21 of meer seksvrienden onder dan 65 jaar hebben. Sekspartners dan hun mannelijke leeftijdsgenoten en dan vrouwen tussen 50 en 64 jaar.

**De Seksport-studie was vooral bedoeld om te onderzoeken hoe vaak vrouwen seks hebben op de vlaming in die periode?**  
Van alle seksuele ervaringen hebben vrouwen 79 procent het voorbije halfjaar ook seksuele activiteiten, 83 procent van de mannen, 75 procent van de vrouwen.

**Wat doet het dan met wie? Dat is een vraag die zich wel vaker opdingt. Ze deden het vooral met de eigen partner; 98 procent. Ongeveer driekwart van de Vlamingen heeft een vaste partner. Vlamingen vermooit op de 5 en 6 procent van de mannen en 10 procent van de vrouwen die ook wel eens op café, in het bos of in de auto.**

**Ook merkwaardig is dat de leeftijdsgroep van 20 tot 29 jaar het meest seks heeft. Hoe zit dat dan? Vrouwen onder dan 65 hebben dan vier signaleert in minder seks dan mannen van hun leeftijd; 36 op de 100 vrouwen tegen 57 mannen. Doen de mannen niet dan met jongere vrouwen? 79 procent van de mannen en 67 procent van de meisjes en de oude mannen met elkaar?**

Dan cover geven de resultaten voorlopig geen uitsluiting, de onderzoeken zijn dat volop aan de Vlaamse Sekscentraal te danken. **Seksport voga de ongevrijheid wat uit hoe vaak wo het doen.** Gemiddeld één keer per week, zoals ook uit alle internationale onderzoeken blijkt. Wie jonger is dan 17 of ouder dan 50 heeft minder seks, maar niet is een fa-

belijde dat onderen het niet meer doen. De frequentie daalt wel, maar eens in de twee weken, dat is nog steeds seks. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**

**„Slechts iets meer dan 1 procent beschouwt zichzelf als gay of lesbisch”**  
Wat is een gay of lesbisch? Het is een persoon die seks heeft met iemand van zijn of haar eigen geslacht. In België zijn er ongeveer 1 procent gay mannen en 1 procent lesbische vrouwen.

**Waarom ook hoewel Vlamingen hetero, homo of bi zijn?**  
Eerst en vooral: wat zeg je over jezelf? Noma je jezelf hetero, homo of lesbisch? Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Waarom ook hoewel Vlamingen hetero, homo of bi zijn?**  
Eerst en vooral: wat zeg je over jezelf? Noma je jezelf hetero, homo of lesbisch? Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Waarom ook hoewel Vlamingen hetero, homo of bi zijn?**  
Eerst en vooral: wat zeg je over jezelf? Noma je jezelf hetero, homo of lesbisch? Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

milkje of enkel over het andere geslacht, van de vrouwen 90 procent. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

seks hebben niet vrolijk worden. De problemen nemen voortdurend toe. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

haar problemen. Om betrouwbare uitspraken te doen over gays zijn de aantallen veel te klein. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**Hoe staat het met onze seksuele gezondheid?**  
Verrassend goed. Bij slechts 3 procent is ooit een seksueel overdraagbare aandoening opgetreden. Het is niet de manier hoe je je aangetrokken voelt. En daarnaast is er het gedrag. Het is niet hoe je je voelt, het is hoe je je gedraagt. Het is hoe je je gedraagt.

**HET PROFIEL VAN DE VLAMING**  
**Klaar?**  
Hoe vaak komen we tot een orgasme? 5 op de 10 mannen en seks minder dan de helft van de vrouwen lopen altijd. Veel meer dan in Amerika: daar is het 75 procent mannen en 30 vrouwen. 15 procent van de Vlaamse vrouwen komt nooit daar, tegen 100 procent mannen. Vrouwen krijgen dan 30 procent minder orgasme dan mannen. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**

**Oversepeel**  
Vlamingen zijn een oversepeel volge: 1 op de 5 vrouwen lopen op de 4 maanden ooit uit voor de horeca. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**

**Doet het zelf**  
Op de 10 mannen masturberen, 7 op de 10 vrouwen, van „oet” tot „dageleke”. 7 op de 10 mannen en bijna de helft van de vrouwen deden dat ook de voorbije zes maanden. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**

**Oraal en vaginaal**  
Met of alle seks is iets raars aan de hand. 56 procent mannen zegt orale seks te geven en 47 procent vrouwen zegt of de seks te krijgen. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**

**Oraal en vaginaal**  
Met of alle seks is iets raars aan de hand. 56 procent mannen zegt orale seks te geven en 47 procent vrouwen zegt of de seks te krijgen. **Wat is tussen de vrouwen onder dan 65 jaar had den er 64 de voorbije zes maanden geen seks, tegen 43 mannen op de 100. Bij oudere geslachten is dat meestal omdat ze geen vaste partner hebben omdat hun partner niet meer seks heeft of beschiedt zijn. Maar het grootste verschil in die leeftijdsgroep is dat de dames zeggen dat ze er geen behoefte aan hebben, terwijl de heren gezondheidsredenen invoeren.**



„Sal ik me wassen? Blijft het nu voor je makkelijker?”



De Morgen, 24 oktober 2013



De Argentijnse artiest Diego Beyro tekende voor zijn serie 'Organs' op lakens de gezichten die klaarkomen.  
© DIEGO BEYRO

## Genaaid door de farma-industrie

Mannen komen te snel klaar, wil pillenproducent ons wijsmaken

PHILIP GALLASZ  
BRUSSEL

Een derde van de mannen komt te vroeg klaar. Dat zegt een studie die werd gefinancierd door de producent van het enige medicijn tegen vroegtijdige zaadlossing. Academici zijn er niet over te spreken: 'Dit is een marktonderzoek, besteld door de farmaceutische industrie.'

Gesternochend. De Belgaredactie stuurt een bericht de wereld in: 'Een derde van de Belgische mannen werd al geconfronteerd met vroegtijdige zaadlossing.' Greig, nemen alle nieuwssites het bericht over. Het weekblad Knack wijdde in haar jongste nummer zelfs een volle pagina aan de studie.

'Mission accomplished', denken ze bij marketingbureau Mslgroup. De pers is ermeeweg. Met de studie, die niet wetenschappelijk is en door een farmaceutisch bedrijf gefinancierd werd.

Volgens die studie zou 35 procent van de mannen last hebben van vroegtijdige zaadlossing. Zou, want het gaat om een perceptie-onderzoek. Dat peilt naar hoe mensen denken dat het zit, niet hoe de wetenschap het probleem definitieert, zeggen wetenschappers.

'Dit is een marktonderzoek besteld door de farmaceutische industrie', zegt endocrinoloog

andrioloog Guy T'Sjoen (UZ Gent). 'Zoals je bij de lancering van een nieuw merk yoghurt ook studies ziet. Verre van wetenschappelijk. De cijfers pellen naar de perceptie van een probleem, maar zijn compleet van de pot gerukt. Ze moeten de interesse van het grote publiek wekken, om onder grote pers aandacht een shockeffect tweeweg te brengen.'

### 3,24 minuten

Ook seksuoloog Paul Enzlin (KU Leuven) heeft zijn bedenkingen. 'De publieke opinie wordt misleid, en dat is spijtig. De Sexpert-studie geeft een realistische beeld.' Uit die studie van de KU Leuven en de UGent van begin dit jaar blijkt dat minder dan 10 procent van de Belgische mannen met vroegtijdige zaadlossing kampen.

Van een probleem spreken wetenschappers pas wanneer een man minder dan een minuut na penetratie klaarkomt. Iets wat amper 3,7 procent van de mannen aan de hand heeft. De gemiddelde klaarkomtijd bij mannen ligt op

'De cijfers zijn compleet van de pot gerukt. Ze moeten enkel een shockeffect tweewegbrengen'

GUY T'SJOEN  
ENDOCRINOLOG (UZ GENT)

3,24 minuten.

Het perceptie-onderzoek schat het aantal mannen dat problematisch vroeg klaarkomt dus ruim 30 procent hoger dan wat de wetenschap vaststelt. Dat heet hoge resultaat is echter koren op de molen van de Italiaanse farma-ries Menarini, die de studie heeft gefinancierd.

Menarini is de producent van Priligy, het enige gecommercialiseerde medicijn tegen vroegtijdige ejaculatie dat momenteel op de markt beschikbaar is. De patiënten alleen al kosten Menarini 75 miljoen dollar. Geld dat nu terugverdiend moet worden.

Onderzoeksbureau Ipsos veecht het onderzoek in opdracht van Mslgroup. 'Dat Menarini achter Mslgroup zit, weten we pas sinds een paar dagen. Wel zag ik aan de onderzoeksvragen die ze aanreiken dat hier medicatie aan te pas komt', zegt Jean-Michel Lebrun van Ipsos. Genaaid voelt hij zich echter niet. 'Ik sta achter mijn onderzoek. Het is goed dat er wetenschappelijke kritiek komt.'

Bij Mslgroup wil men niet over geld spreken. Wel wordt daar bevestigd dat de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS) geen vragende partij was voor de studie. Dat zegt VVS-woordvoerder Alexander Wilgas: 'We vroegen niet om een onderzoek. Mslgroup heeft ons gecontacteerd.' En dat deed de marketeer met een duidelijke agenda: 'Wij doen niet vaak

Priligy is het enige gecommercialiseerde middel tegen vroegtijdige ejaculatie. De producent ervan bestelde de studie.

aan medisch onderzoek', klinkt het bij Mslgroup. 'We hadden nood aan meer wetenschappelijke onderbouwing. Daarom hebben we VVS en andere Belgische academiën om hun visie gevraagd.'

### Misleidend

Onder meer T'Sjoen en Enzlin waren daartoe bereid. Maar vrandens snel van mening. 'Toen we doorhadden hoe dit perceptie-onderzoek zou gesprentend worden in de pers, wilden we zeker niet mee geassocieerd worden', vertelt T'Sjoen.

Toch staan er in de perstest bijdragen van academici. 'Omdat we onze bedenkingen wouden plaat-

VOLGENS FARMA-INDUSTRIE KOMT

35%

van de mannen te vroeg klaar

VOLGENS KU LEUVEN KOMT

3,7%

van de mannen te vroeg klaar

sen bij de misleidende boodschap van het onderzoek', zegt Enzlin. Bedenkingen die Mslgroup slechts achteraan het persbericht plaatste, onder de noemer 'getuigenissen'. 'Abje 27 slides hebt doorworsteld, kom je bij de academische kantlijn', aldus T'Sjoen.

Pharma.be, de koepel van farma-bedrijven, wil geen uitspraken doen over Menarini. 'Maar ik zie geen problemen in het feit dat een farmaceutisch bedrijf marktonderzoek bestelt over medische problemen waarvoor ze zelf medicijnen ontwikkelen', zegt woordvoerder Milline Van Houste. Bij Menarini wou ondanks aandringen niemand reageren.

## 7.5 Fact sheets met additionele analyses

### 7.5.1 *Probleemgedrag bij middelbare school jongeren*

Katrien Symons (contact: [Katrien.Symons@UGent.be](mailto:Katrien.Symons@UGent.be))

Prof. Dr. Mieke Van Houtte

Dr. Hans Vermeersch

#### **Achtergrond**

De adolescentie is een gevoelige periode voor allerlei probleemgedrag. Jongeren worden geconfronteerd met heel wat veranderingen in hun omgeving, ze moeten meer autonomie verwerven ten opzichte van de ouders en richten zich daarbij meer en meer op vrienden. Daarbij komen ook lichamelijke veranderingen – ingezet door ingrijpende hormonale veranderingen – en een ontluikende seksualiteit. Dat maakt dat in deze periode het aantal ‘potentiële bronnen’ van stress toeneemt en jongeren voor de uitdaging staan skills te ontwikkelen om hiermee om te gaan. Neurologische veranderingen maken de jongere bovendien gevoeliger voor groepsdruk en gevoeliger voor sensatie, terwijl de structuren die instaan voor emotieregulatie (het beheersen van impulsen en lange termijn denken) nog in volle ontwikkeling zijn. Gegeven deze vergaande en ingrijpende veranderingen op biologisch, psychologisch en sociaal vlak, is het niet verwonderlijk dat deze fase gepaard gaat met een toename aan probleemgedrag.

De verschillende vormen van probleemgedrag onderscheiden zich zowel naar aard als naar de leeftijd waarop ze zich manifesteren. Zo heeft onderzoek aangetoond dat jongeren die zich agressief gedragen vaak ook in de kindertijd reeds kenmerken van agressie vertonen. Anders dan niet-agressieve vormen van probleemgedrag, zou agressie eerder een relatief ‘stabiel’ persoonlijkheidskenmerk zijn. Sommige vormen van gedrag zijn problematisch afhankelijk van de leeftijd waarop ze worden gesteld, bv. seksueel gedrag of het gebruik van alcohol. Andere gedragingen zijn dan weer risicovol ongeacht de leeftijd waarop ze zich voordoen, zoals bv. onveilig rijden of roekeloos rijgedrag. De adolescentie is ook een periode waarin ‘internaliserend probleemgedrag’ sterk toeneemt, bv. in de vorm van depressie, angsten en zelfmoordgedachten. Ten slotte is er ook een toename van eetstoornissen en opzettelijke zelfverwonding (vooral zichzelf snijden).

Ondanks deze verscheidenheid van ‘types’ probleemgedrag komen zij doorgaans niet geïsoleerd voor, maar vormen zij ‘clusters’ met andere vormen van probleemgedrag. Sommige jongeren hebben eerder de neiging om te internaliseren terwijl anderen eerder externaliseren, maar dit neemt niet weg dat internaliserend en externaliserend probleemgedrag ook vaak hand in hand gaan. Dergelijk samen optreden van verschillende probleemgedragingen wordt verklaard door twee algemene mechanismen: onderlinge effecten van het ene probleemgedrag op het andere (‘watervalmechanisme’) enerzijds en gemeenschappelijke oorzaken anderzijds. Een watervalmechanisme verwijst naar het feit dat de betrokkenheid in een bepaald probleemgedrag op zijn



beurt de kans verhoogt op allerlei andere problematische en stressvolle situaties, wat dan op zijn beurt weer nieuw probleemgedrag zal uitlokken. Betrokkenheid in antisociaal gedrag kan bv. leiden tot academisch falen wat op zijn beurt kan leiden tot depressie. Of omgekeerd, depressie kan de relaties met vrienden en ouders bemoeilijken en op die manier ander probleemgedrag uitlokken.

Zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag kan worden begrepen als een reactie op stress vanuit de omgeving (bv. gezinsconflicten) of vanuit zichzelf (bv. een laag zelfbeeld). Naast dit zogenaamde ‘acting out’, kan externaliserend probleemgedrag ook te maken hebben met andere processen zoals sociale differentiatie (groepsaffiliatie, erbij horen, reputatie,...) en het gebrek aan sociale controle (gebrek aan rolmodellen, gebrek aan monitoring door de ouders,...).

### **Doelstelling**

Deze fact sheet heeft als doel het probleemgedrag bij Vlaamse jongeren die nog naar de middelbare school gaan te schetsen, en daarbij de samenhang met enkele belangrijke psychosociale risicofactoren na te gaan. Het gaat hierbij om louter beschrijvende data, waarbij het niet de bedoeling is om algemene verklaringsmodellen te toetsen.

Om te beginnen wordt nagegaan hoeveel jongeren betrokken zijn bij verschillende vormen van probleemgedrag en hoe deze verschillende vormen van probleemgedrag samenhangen. Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan verschillen tussen jongens en meisjes. De vormen van probleemgedrag die aan bod komen zijn de volgende: alcohol- en middelengebruik, antisociaal gedrag (met onderscheid tussen agressief en niet-agressief gedrag), internaliserend probleemgedrag, seksueel risicogedrag, verstoord eetgedrag en zelfverwonding. Vervolgens wordt voor enkele psychosociale factoren nagegaan of en in welke mate zij samenhangen met probleemgedrag. Deze factoren zijn de volgende: schoolbetrokkenheid, gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren, gevoeligheid voor groepsdruk, persoonlijk temperament (gevoeligheid voor beloning en gevoeligheid voor bestraffing), lichaamsbeeld en gezinsconflicten.

### **Data**

Er werd gebruik gemaakt van een subsample van de Sexpert-data, met name de groep jongeren die nog naar de middelbare school gaan. Dit zijn in totaal 235 respondenten, waarvan 121 jongens en 114 meisjes. De leeftijd gaat van 14 tot en met 23 jaar. Eén respondent van 30 jaar en één respondent van 40 jaar werden verwijderd uit de data om de eenvormigheid van de groep te bewaren. Tabel 1 toont de leeftijdsverdeling binnen deze sample. Tabel 2 toont de verdeling van de respondenten binnen de verschillende onderwijsvormen.

Tabel 1. Leeftijdverdeling binnen de sample

	Jongens	Meisjes
14 jaar	9.9%	5.3%
15 jaar	16.5%	21.9%
16 jaar	33.1%	23.7%
17 jaar	20.7%	21.1%
18 jaar	12.4%	18.4%
19 jaar	5.8%	6.1%
> 19 jaar	1.6%	3.5%
N	121	114

Tabel 2. Verdeling onderwijsstromingen binnen de sample

	Jongens	Meisjes
ASO	38.6%	38.9%
TSO	34.2%	31.9%
BSO	25.4%	28.3%
KSO	1.8%	0.9%
N	114	113
Missing	7	1

## Resultaten

In het eerste luik wordt voor ieder type probleemgedrag afzonderlijk besproken in welke mate dit voorkwam bij jongens en meisjes. Daarbij wordt er telkens aan de hand van een ‘independent samples t-test’ nagegaan of er statistisch significante verschillen zijn tussen jongens en meisjes. Het eerste luik wordt afgesloten met een overzicht van de samenhangen tussen de verschillende types van probleemgedrag. In het tweede luik wordt voor de psychosociale risicofactoren nagegaan in welke mate zij samenhangen met probleemgedrag.

### 7.5.1.1 Voorkomen van probleemgedrag

#### Alcohol- en middelengebruik

Het gebruik van alcohol en andere middelen werd bevestigd aan de hand van vier items. Er werd voor ieder item nagegaan hoe vaak dit voorkwam in de zes maanden voorafgaand aan de bevestiging, waarop de respondent kon antwoorden op een vijf-puntenschaal gaande van ‘nooit’ tot ‘vaker dan 10 keer’. Tabel 3 toont de resultaten voor ieder van deze items. Het gebruik van harddrugs kwam slechts zelden voor, en ook slechts ongeveer één op de vier jongeren gaf aan softdrugs te hebben gebruikt de voorbije zes maanden. Alcoholgebruik (meer dan 5 alcoholische drankjes na elkaar) en het roken van sigaretten kwam in meer dan de helft van de gevallen voor.

Jongens gebruikten significant vaker marihuana ( $t(203)=3.17$ ;  $p<.01$ ) en dronken

vaker meer dan vijf alcoholische drankjes na elkaar dan meisjes ( $t(232)=2.87$ ;  $p<.01$ ). Jongens en meisjes verschilden niet op het vlak van de consumptie van harddrugs en sigaretten.

Tabel 4 toont de correlaties (samenhang) tussen de verschillende items van alcohol- en middelengebruik. Alle items hangen positief met elkaar samen, wat bv. betekent dat jongeren die rookten ook vaker meer dan 5 alcoholische drankjes na elkaar dronken. De enige uitzondering hierop is de afwezigheid van een relatie tussen alcoholgebruik en het gebruik van harddrugs. Dit kan worden verklaard door het feit dat alcoholgebruik niet zo ‘uitzonderlijk’ is, terwijl het gebruik van harddrugs wel eerder uitzonderlijk is.

**Tabel 3.** Alcohol- en middelengebruik over de afgelopen zes maanden

	Nooit	1 keer	2 tot 3 keer	4 tot 10 keer	>10 keer	N
1. Hasj of marihuana gebruikt	78.1%	4.7%	4.7%	4.3%	8.2%	233
2. Harddrugs gebruikt (heroïne, cocaine, LSD, ...)	95.7%	1.7%	1.7%	0.4%	0.4%	234
3. Meer dan 5 alcoholische drankjes na elkaar gedronken	41.3%	7.2%	9.4%	17.9%	24.3%	235
4. Sigaretten gerookt	49.6%	12.8%	9.0%	3.4%	25.2%	234

**Tabel 4.** Correlaties<sup>5</sup> tussen de verschillende items voor alcohol- en middelengebruik

	Hasj of marihuana	Harddrugs	Alcohol	Sigaretten
1. Hasj of marihuana	1	.322***	.461***	.534***
2. Harddrugs	.322***	1	.104	.257***
3. Alcohol (>5 drankjes na elkaar)	.461***	.104	1	.464***
4. Sigaretten	.534***	.257***	.464***	1

\*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; \*\*\*  $p<.001$ <sup>6</sup>

- 5 Het correlatiecijfer is een uitdrukking van de mate waarin twee factoren samen voorkomen. Een correlatiecijfer neemt een waarde aan tussen ‘0’ (geen verband) en ‘1’ (een perfect lineair verband). Dus hoe dichter het correlatiecijfer bij ‘1’, hoe sterker het verband. Een positieve correlatie betekent dat beide factoren samen voorkomen; een negatief cijfer betekent dat de ene factor minder voorkomt bij optreden van de andere factor.
- 6 De p-waarde geeft aan in welke mate het gevonden verband statistisch significant is en dus niet te wijten is aan het toeval. \* betekent dat er één kans op 20 bestaat dat het gevonden verband te wijten is aan het toeval, \*\* betekent dat hiervoor één kans op 100 bestaat en \*\*\* betekent dat hiervoor één kans op 1000 bestaat (wat aangeeft dat het om een reëel verband gaat, niet te wijten aan toeval).

### Antisociaal gedrag (agressief/niet-agressief)

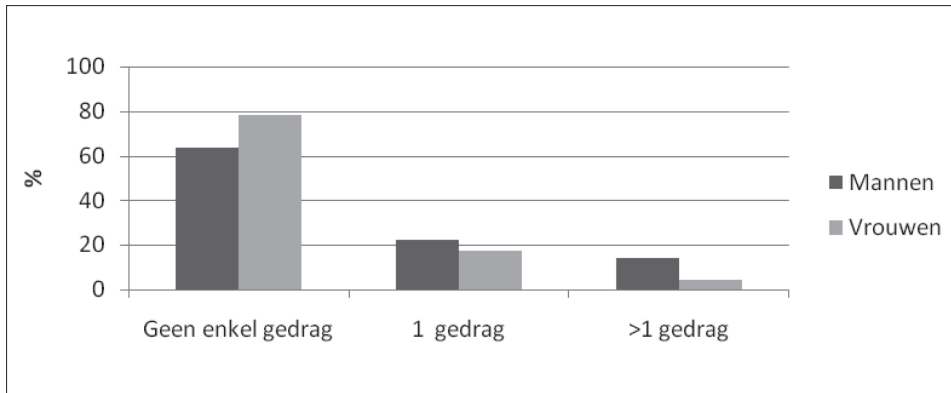
Het voorkomen van antisociaal gedrag werd bevraagd aan de hand van 11 items, opnieuw met referentie naar de afgelopen zes maanden en opnieuw te beantwoorden op een vijf-puntenschaal. Tabel 5 toont voor elk van deze items de resultaten.

Op basis van deze items werden twee variabelen geconstrueerd: agressief en niet-agressief antisociaal gedrag. Niet-agressief antisociaal gedrag verwijst naar de gecumuleerde waarde op de items 1 tem 5. Agressief antisociaal gedrag verwijst naar de gecumuleerde waarde op de items 7 tem 11. Item 6, '*iemand verbaal beledigd*', werd niet opgenomen omdat dit bij de meerderheid van de jongeren voorkwam. Jongens vertoonden significant vaker antisociaal gedrag dan meisjes en dit verschil was aanzienlijk groter voor agressief dan voor niet-agressief antisociaal gedrag ( $t(226)=2.32$ ;  $p<.05$  voor niet-agressief gedrag en  $t(159)=5.91$ ;  $p<.001$  voor agressief gedrag).

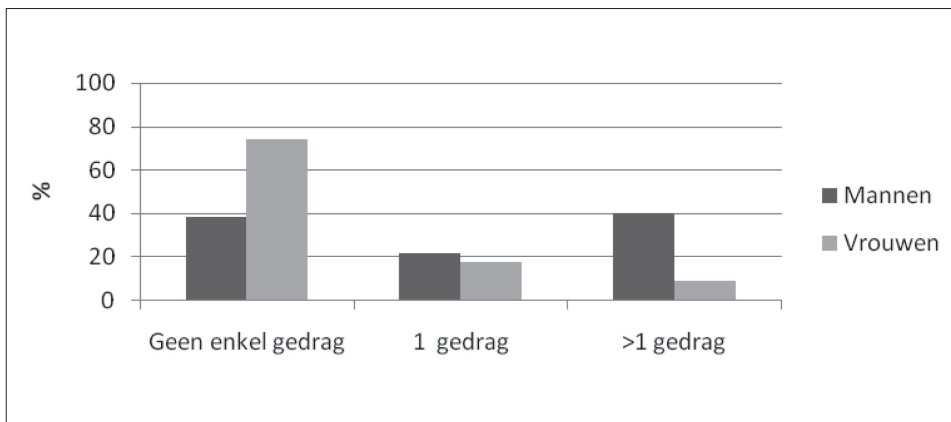
Tabel 5. Betrokkenheid bij verschillende vormen van antisociaal gedrag over de afgelopen zes maanden

	Nooit	1 keer	2 tot 3 keer	4 tot 10 keer	>10 keer	N
1. Met opzet iets dat niet van jou was in brand gestoken (schuur, gebouw, vuilnisbak, etc.)	93.6%	4.3%	0.4%	0.4%	1.3%	235
2. Met opzet iets op straat kapot gemaakt (telefooncel, verkeersbord, een ruit, bomen)	86.4%	7.7%	4.3%	0.4%	1.3%	235
3. Iets uit een winkel gepikt, van grote waarde	95.7%	2.1%	1.7%	0.4%	0%	235
4. Ingebroken in een gebouw of een auto	97.4%	1.7%	0.9%	0%	0%	235
5. Iets van iemand gestolen	83.8%	11.1%	3.0%	1.7%	0.4%	235
6. Iemand verbaal beledigd	40.8%	12.9%	18.5%	12.0%	15.9%	235
7. Iemand in elkaar geslagen	81.2%	9.4%	4.7%	3.0%	1.7%	234
8. Iemand gedreigd in elkaar te slagen	73.2%	12.3%	8.5%	3.0%	3.0%	235
9. Met een mes of ander wapen op zak rondgelopen	87.7%	4.7%	0.9%	2.1%	4.7%	235
10. Iemand met een mes of ander wapen bedreigd	98.3%	1.7%	0%	0%	0%	235
11. Betrokken geraakt bij een gevecht	68.8%	13.7%	11.1%	3.4%	3.0%	234

Figuren 1 en 2 tonen het percentage respondenten dat betrokken was bij geen enkele, één en meer dan één vorm van agressief; respectievelijk, niet-agressief gedrag, met telkens het onderscheid tussen de percentages voor jongens en meisjes. Daarbij komt vooral het verschil tussen jongens en meisjes met betrekking tot agressief gedrag duidelijk naar voren. Ook toont de figuur duidelijk dat er veel meer jongens dan meisjes betrokken waren bij meer dan één vorm van agressief probleemgedrag.



Figuur 1. Betrokkenheid bij niet-agressief probleemgedrag, volgens geslacht



Figuur 2. Betrokkenheid bij agressief probleemgedrag, volgens geslacht

### Internaliserend probleemgedrag

Er werden twee vormen van internaliserend probleemgedrag bevestigd: gedachten aan zelfmoord en depressie. Gedachten aan zelfmoord werd bevestigd aan de hand van het item: 'Hoe vaak heb je de voorbije zes maanden zelfmoordgedachten gehad?'. Deze vraag werd beantwoord aan de hand van een vijf-puntenschaal, gaande van 'nooit' tot 'meer dan 10 keer'. Ongeveer 20% van de jongeren gaf aan zelfmoordgedachten te hebben gehad, waarvan 11.2% één keer, 3.9% twee tot drie keer, 2.1%

vier tot tien keer en 2.6% meer dan tien keer. Daarbij kon er geen verschil tussen jongens en meisjes worden vastgesteld.

Depressieve symptomen werd bevraagd aan de hand van de ‘Mental Health Inventory-5 items’ (MHI-5)<sup>7</sup>, die een ingekorte versie is van de uitgebreide ‘Mental Health Inventory Scale’ en daarom bijzonder geschikt is om depressie te meten in groot-schalige surveys. De MHI-5 bevraagt aan de hand van vijf items de gemoedstoestand met referentie naar de afgelopen vier weken en bevat items zoals ‘hoe vaak over de afgelopen vier weken voelde je je neerslachtig en somber?’. De items werden beantwoord op een zes-puntenschaal, gaande van ‘nooit’ tot ‘voortdurend’. Meisjes hadden gemiddeld vaker last van depressieve klachten dan jongens en dit verschil was statistisch significant ( $t(233)=2.98$ ;  $p<.01$ ). Op basis van een in de literatuur vastgelegd ‘cut off point’<sup>8</sup> werd een dichotome variabele aangemaakt die verwijst naar ‘depressie’ versus ‘geen depressie’. Daaruit blijkt dat 25.4% van de jongens en 34.8% van de meisjes ‘depressief’ scoorde.

Depressie en zelfmoordgedachten hingen onderling sterk samen. Hoe lager de jongere scoorde op de mentale gezondheidsschaal (en dus ‘depressiever’ was), hoe meer zelfmoordgedachten er werden gerapporteerd (spearman’s rho correlatie =  $-.37$ ;  $p<.001$ ). Bij wijze van illustratie: 58.7% van de jongeren die aangaven zelfmoordgedachten te hebben gehad, vielen ook binnen de categorie ‘depressief’; omgekeerd had 38,6% van degenen die binnen de categorie ‘depressief’ vielen zelfmoordgedachten.

### Seksueel risicogedrag

Verschillende items uit de Sexpert-vragenlijst komen in aanmerking om seksueel risicogedrag te bepalen. In deze fact sheet wordt rekening gehouden met het totale aantal sekspartners omdat deze maat toelaat ook jongeren op te nemen die nog geen geslachtsgemeenschap hebben gehad (het totale aantal partners werd voor deze groep gelijkgesteld aan ‘0’).

Bij de jongens had 41.3% al ervaring met geslachtsgemeenschap en bij de meisjes was dit 45.6%. De gemiddelde leeftijd bij de eerste keer binnen deze groep bedroeg 15.53 jaar voor de jongens en 15.30 jaar voor de meisjes. Merk op dat dit cijfer alleen rekening houdt met degenen die al ervaring met geslachtsgemeenschap hebben en dat de gemiddelde leeftijd voor de eerste keer dus in werkelijkheid hoger zal liggen. De jongens die al geslachtsgemeenschap hadden gehad, hadden gemiddeld 3.97 sekspartners ( $N=62$ ,  $SD=6.57$ ) en bij de meisjes was dit gemiddeld 2.77 sekspartners ( $N=57$ ,  $SD=2.18$ ). Dit verschil tussen jongens en meisjes was niet statistisch significant. Voor meisjes hing de leeftijd bij de eerste keer negatief samen met het totaal aantal sekspartners ( $r=-.36$ ;  $p<.05$ ), wat betekent dat meisjes die jonger waren bij hun eerste keer later tijdens de adolescentie gemiddeld meer sekspartners hebben. Voor jongens was dit verband tussen leeftijd eerste keer en aantal sekspartners er niet.

7 Berwick, D.M., Murphy, J.M., Goldman, P.A., Ware, J.E., Barsky, A.J. & Weinstein, M.C. (1991). Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. *Medical Care*, 29 (2), 169-176.

8 Kelly, M.J., Dunstan, F.D., Lloyd, K., & Fone, D.L. (2008). Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: A comparison of five different methods. *BMC Psychiatry*, 8(10).

## Verstoord eetgedrag

Verstoord eetgedrag werd bevraagd met referentie naar de afgelopen zes maanden, aan de hand van twee items: ‘*jezelf uitgehongerd om gewicht te verliezen*’ en ‘*overgegeven of laxatie-middelen gebruikt om gewicht te verliezen*’. De respondent kon antwoorden op een vijf-puntenschaal gaande van ‘nooit’ tot ‘meer dan 10 keer’. Het aantal jongens met verstoord eetgedrag was verwaarloosbaar klein. Slechts zes jongens (5%) gaf aan zich te hebben uitgehongerd en slechts één jongen (0.8%) gaf aan te hebben overgegeven/laxatiemiddelen te hebben gebruikt. Daarom heeft het in feite weinig zin om verstoord eetgedrag bij jongens verder te analyseren en worden de resultaten verder beperkt tot de meisjes.

Tabel 6 toont de resultaten voor beide items, alleen voor de meisjes. Slechts een kleine minderheid gaf over of gebruikte laxatie-middelen om gewicht te verliezen. Zichzelf uithongeren kwam vaker voor. Beide gedragingen hingen ook positief samen (spearman's rho = .34;  $p < .001$ ). Bij meisjes die aangaven zichzelf al te hebben uitgehongerd om gewicht te verliezen (N=34), gaf 26.5% aan ook overgegeven of laxatie-middelen te hebben gebruikt. Omgekeerd, van zij die aangaven al eens te hebben overgegeven of laxatiemiddelen te hebben gebruikt (N=12), gaf 75.0% aan zich ook te hebben uitgehongerd.

Tabel 6. Verstoord eetgedrag over de afgelopen zes maanden (uitsluitend meisjes)

	Nooit	1 keer	2 tot 3 keer	4 tot 10 keer	>10 keer	N
Jezelf uitgehongerd om gewicht te verliezen	70.2%	13.2%	9.6%	3.5%	3.5%	114
Overgegeven of laxatie-middelen gebruikt om gewicht te verliezen	89.5%	4.4%	5.3%	0%	0.9%	114

## Zelfverwonding

Zelfverwonding werd bevraagd aan de hand van één item: ‘*Hoe vaak heb je de voorbije zes maanden jezelf opzettelijk gesneden of verwond?*’. Deze vraag werd beantwoord aan de hand van een vijf-puntenschaal, gaande van ‘nooit’ tot ‘meer dan 10 keer’. Meisjes rapporteerden significant vaker dan jongens dat ze zichzelf opzettelijk hadden gesneden of verwond ( $t(150) = -3.15$ ;  $p < .01$ ). Bij de meisjes gaf 18.4% aan dit te hebben gedaan (N=21), waarvan bijna de helft dit vaker dan één keer deed. Bij de jongens gaf slechts 5% aan dit te hebben gedaan (N=6). Aangezien zelfverwonding dus bij jongens slechts zelden voorkwam, zijn deze resultaten niet erg betrouwbaar. Daarom wordt zelfverwonding verder niet meer opgenomen voor de jongens.

## Correlaties en clusters van probleemgedrag

In wat volgt wordt nagegaan in welke mate verschillende types van probleemgedrag samen voorkomen. Daarvoor werd er voor ieder type probleemgedrag één variabele geconstrueerd, op basis van de items die hierboven aan bod kwamen.

*Alcohol- en sigarettengebruik:* de gecumuleerde waarde op de items ‘meer dan vijf alcoholische drankjes na elkaar gedronken’ en ‘sigaretten gerookt’, gedeeld door twee.

*Druggebruik:* de gecumuleerde waarde op de items ‘hasj of marihuana gebruikt’ en ‘harddrugs gebruikt’, gedeeld door twee.

*Niet-agressief probleemgedrag:* de gecumuleerde waarde op de items ‘met opzet iets dat niet van jou was in brand gestoken’, ‘met opzet iets op straat kapot gemaakt’, ‘iets uit een winkel gepikt van grote waarde’, ‘ingebroken in een gebouw of auto’ en ‘iets van iemand gestolen’, gedeeld door vijf.

*Agressief probleemgedrag:* de gecumuleerde waarde op de items ‘iemand in elkaar geslagen’, ‘iemand bedreigd in elkaar te slagen’, ‘met een mes of ander wapen op zak rondgelopen’, ‘iemand met een mes of ander wapen bedreigd’ en ‘betrokken geraakt bij een gevecht’, gedeeld door vijf.

*Internaliserend gedrag:* de gemiddelde score op de ‘Mental Health Inventory-5’, gecumuleerd met de frequentie zelfmoordgedachten, gedeeld door twee.

*Verstoord eetgedrag:* de gecumuleerde waarde op de items ‘jezelf uitgehongerd om gewicht te verliezen’ en ‘overgegeven of laxatie-middelen gebruikt om gewicht te verliezen’, gedeeld door twee.

*Seksueel risicogedrag:* het totaal aantal sekspartners, inclusief de waarde ‘0’ voor degenen die nog nooit geslachtsgemeenschap hebben gehad.

*Zelfverwonding:* dichotome variabele met de categorieën ‘niet gedaan de laatste zes maanden’ (score 0) versus ‘wel gedaan de laatste zes maanden’ (score 1).

Tabellen 7 en 8 tonen de mate waarin de verschillende types van probleemgedrag samenhangen, voor jongens en respectievelijk voor meisjes. Voor jongens werden de categorieën ‘verstoord eetgedrag’ en ‘zelfverwonding’ buiten beschouwing gelaten omwille van de zeer lage frequenties voor deze gedragingen binnen de groep jongens. De tabellen tonen dat voor jongens de verschillende vormen van probleemgedrag minder sterk samenhangen dan voor meisjes. Bij jongens doen de sterkste verbanden zich voor tussen het gebruik van alcohol/sigaretten, druggebruik en agressief probleemgedrag. Voor meisjes doen de sterkste verbanden zich voor tussen alcohol en sigaretten, drugs, agressief probleemgedrag en seksueel probleemgedrag. Ook het verband tussen internaliserend probleemgedrag, verstoord eetgedrag en zelfverwonding is bij meisjes sterk.



Tabel 7. Samenhang tussen verschillende vormen van probleemgedrag bij jongens

	Alcohol en sigaretten	Drugs	Niet-agressief antisociaal gedrag	Agressief antisociaal gedrag	Intern. probleemg.	Seksueel risicogedrag
Alcohol en sigaretten	1					
Drugs	.584***	1				
Niet-agressief antisociaal gedrag	.272**	.267**	1			
Agressief antisociaal gedrag	.403***	.427***	.465***	1		
Internaliserend probleemgedrag	.108	.167	.310**	.240**	1	
Seksueel risicogedrag	.345***	.342***	.137	.267**	.313**	1

\* p&lt;.05; \*\* p&lt;.01; \*\*\* p&lt;.001

Tabel 8. Samenhang tussen verschillende vormen van probleemgedrag bij meisjes

	Alcohol en sigaretten	Drugs	Niet-agressief antisociaal gedrag	Agressief antisociaal gedrag	Intern. probleemg.	Verstoord eetgedrag	Seksueel risicogedrag	Zelfverwonding
Alcohol en sigaretten	1							
Drugs	.516***	1						
Niet-agressief antisociaal gedrag	.317**	.536***	1					
Agressief antisociaal gedrag	.396***	.612***	.656***	1				
Internaliserend probleemgedrag	.247**	.296**	.288**	.174	1			
Verstoord eetgedrag	.310**	.378***	.473***	.432***	.443***	1		
Seksueel risicogedrag	.560***	.555***	.389***	.439***	.249**	.286**	1	
Zelfverwonding	.164	.100	.247**	.164	.508***	.416***	.170	1

\* p &lt; .05; \*\* p &lt; .01; \*\*\* p &lt; .001

### 7.5.1.2 Correlaten van probleemgedrag

In dit tweede luik wordt voor zeven psychosociale risicofactoren nagegaan of en in welke mate zij samenhangen met de verschillende types van probleemgedrag.

#### **Schoolbetrokkenheid en gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren**

Een hoge mate van schoolbetrokkenheid wordt geassocieerd met een mindere mate van probleemgedrag. Enerzijds betekent een hoge schoolbetrokkenheid dat de jongere zich identificeert met de gangbare normen en waarden van het onderwijs, wat indruist tegen het stellen van probleemgedrag. Anderzijds wordt een lage schoolbetrokkenheid geassocieerd met een lagere mate van vertrouwen in de toekomst en lagere toekomstspiralaties, wat op zijn beurt sterk samenhangt met het stellen van probleemgedrag. Op school vertalen lage toekomstspiralaties zich in een gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren.

Schoolbetrokkenheid en een gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren werden in Sexpert bevestigd aan de hand van gevalideerde schalen. Voor studiebetrokkenheid werd een ingekorte versie gebruikt van de studiebetrokkenheidsschaal van Brutsaert (2001)<sup>9</sup>, welke reeds werd toegepast in onderzoek door Van Houtte en Stevens (2010)<sup>10</sup>. Gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren werd gemeten aan de hand van een ingekorte versie van een gevalideerde schaal van Brookover et al. (1979)<sup>11</sup>, welke ook eerder werd toegepast in onderzoek van Van Houtte en Stevens (2010).

Jongens en meisjes scoorden even hoog op de mate waarin ze zich betrokken voelen bij school en studeren zinvol vinden. Maar voor jongens hing het gevoel van schoolbetrokkenheid niet samen met het gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren, terwijl dit voor meisjes net sterk samenhangt ( $r=.40$ ;  $p<.001$ ). Er zijn ook duidelijke verschillen in de mate waarin beide factoren samenhangen met probleemgedrag bij jongens en bij meisjes. Tabel 9 toont dat voor meisjes vooral zinloosheid met betrekking tot studeren vaker en sterker samenhangt met probleemgedrag dan voor jongens.

9 Brutsaert, H. (2001). *Co-educatie: Studiekansen en kwaliteit van het schoolleven*. Leuven-Apeldoorn Belgium: Garant.

10 Van Houtte, M. & Stevens, P.A.J. (2010). The culture of futility and its impact on study culture in technical/vocational schools in Belgium. *Oxford Review of Education*, 36(1), 23-46.

11 Brookover, W.B.B., Charles, B., Flood, P., Schweitzer, J. & Wisenbaker, J. (1979). *School social systems and student achievement: schools can make a difference*. NewYork: Praeger.

**Tabel 9.** Schoolbetrokkenheid en gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren

	Jongens		Meisjes	
	School- betrokkenheid	Zinloosheid	School- betrokkenheid	Zinloosheid
Alcohol en sigaretten	-.260**	.073	-.214*	-.128
Drugs	-.152	.123	-.178	-.197*
Niet-agressief antisociaal gedrag	-.159	.102	-.238*	-.207*
Agressief antisociaal gedrag	-.202*	.104	-.263**	-.299**
Internaliserend probleemgedrag	-.057	-.007	-.203*	-.271**
Seksueel risicogedrag	.064	-.020	-.135	-.119
Verstoord eetgedrag			-.093	-.128
Zelfverwonding			-.177	-.136

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Gevoeligheid voor groepsdruk

Gevoeligheid voor groepsdruk wordt doorgaans bestudeerd in relatie tot externaliserend probleemgedrag, zoals alcoholgebruik en antisociaal gedrag. Maar ook met betrekking tot internaliserend probleemgedrag, inclusief eetstoornissen en zelfverwonding, kan het een belangrijke factor zijn. Een grote gevoeligheid voor groepsdruk werd in eerder onderzoek geassocieerd met depressie omdat het wijst op een gebrek aan autonomie ten opzichte van de vriendengroep en aanleiding kan geven tot gevoelens van onzekerheid.

Gevoeligheid voor groepsdruk werd gemeten aan de hand van een gevalideerde schaal<sup>12</sup>. Jongens en meisjes scoren even hoog op deze schaal en zijn dus even gevoelig aan groepsdruk. Tabel 10 toont dat voor meisjes een grotere gevoeligheid voor groepsdruk sterker samenhangt met verschillende vormen van probleemgedrag dan voor jongens. Voor jongens hangt een grotere gevoeligheid voor groepsdruk enkel samen met het gebruik van alcohol en sigaretten. Voor meisjes hangt een grotere gevoeligheid voor groepsdruk samen met iedere vorm van probleemgedrag, inclusief met een grotere mate van internaliserend probleemgedrag, verstoord eetgedrag en zelfverwonding.

12 Santor, D.A., Messervey, D., & Kusumakar, V. (2000). Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: Predicting school performance, sexual attitudes and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 163-182.

Tabel 10. Gevoeligheid voor groepsdruk

	Jongens	Meisjes
Alcohol en sigaretten	.283**	.443***
Drugs	.074	.196*
Niet-agressief antisociaal gedrag	.143	.318**
Agressief antisociaal gedrag	.075	.226*
Internaliserend probleemgedrag	.036	.448***
Seksueel risicogedrag	.090	.184
Verstoord eetgedrag		.440***
Zelfverwonding		.260**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Persoonlijk temperament

Persoonlijkheidskenmerken zoals impulsiviteit en sensatiezucht worden geassocieerd met probleemgedrag in de adolescentie. In Sexpert werden de meer basale motiva-tiestructuren voor gedrag gemeten: gevoeligheid voor beloning en gevoeligheid voor bestraffing. Een hoge gevoeligheid voor beloning ligt aan de basis van impulsiviteit (het verhoogt de kans dat een gedrag gesteld wordt). Een hoge gevoeligheid voor bestraffing ligt aan de basis van angst en inhibitie (het verhoogt de kans dat een gedrag niet gesteld wordt). Gevoeligheid voor beloning en bestraffing werden gemeten aan de hand van de gevalideerde BIS/BAS-schaal (Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System) welke werd ontworpen door Carver en White (1994)<sup>13</sup>. De volledige BIS-schaal (bestaande uit zeven items) en de 'fun-seeking subschaal' van de BAS-schaal (bestaande uit vier items) werden opgenomen. Beide schalen werden in eerder onderzoek geassocieerd met probleemgedrag.

Jongens en meisjes verschilden niet in de mate waarin zij gevoelig zijn voor inhibitie en beloning. Tabel 11 toont dat er wel verschillen zijn in de mate waarin beide factoren samenhangen met probleemgedrag.

13 Carver, C.S. & White, T.L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (2), 319-333.

Tabel 11. Gevoeligheid voor inhibitie en beloning

	Jongens		Meisjes	
	Inhibitie	Beloning	Inhibitie	Beloning
Alcohol en sigaretten	-.158	.101	-.050	.225*
Drugs	-.209*	-.026	-.193*	.058
Niet-agressief antisociaal gedrag	-.039	.127	-.132	.009
Agressief antisociaal gedrag	-.139	-.096	-.223*	.100
Internaliserend probleemgedrag	.266**	.062	.250**	.242*
Seksueel risicogedrag	-.022	.039	-.088	.073
Verstoord eetgedrag			.242*	.257**
Zelfverwonding			.026	.122

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

## Lichaamsbeeld

Een negatief lichaamsbeeld is een belangrijke risicofactor voor probleemgedrag. Daarbij is de link met internaliserend probleemgedrag en eetstoornissen meer voor de hand liggend dan de link met andere vormen van probleemgedrag. Maar er kan worden gesteld dat jongeren die een negatief lichaamsbeeld hebben minder geneigd zullen zijn om ‘goed voor zichzelf te zorgen’. Deze jongeren gaan dus ook gemakkelijker probleemgedrag stellen dat op een onrechtstreekse manier schadelijk kan zijn voor het lichaam (bv. alcoholgebruik).

Lichaamsbeeld werd bevestigd aan de hand van een aangepaste versie van de ‘Body Image Scale’ ontworpen door Hopwood et al. (2001)<sup>14</sup>. Deze aangepaste versie bestond uit negen items welke verwijzen naar de tevredenheid met betrekking tot het eigen lichaam, fysieke en seksuele aantrekkelijkheid, integriteit van het eigen lichaam en het vermijden van andere mensen (omwille van een slecht gevoel over het eigen uiterlijk). Jongens scoorden significant hoger (dus hebben een positiever lichaamsbeeld) dan meisjes ( $t(184)=4.66$ ;  $p < .001$ ). Tabel 12 toont de mate waarin het lichaamsbeeld samenhangt met verschillende vormen van probleemgedrag. Een negatief lichaamsbeeld hangt voor jongens zowel als voor meisjes sterk samen met internaliserend probleemgedrag. Voor meisjes is er ook een verband met het gebruik van alcohol en sigaretten, verstoord eetgedrag en zelfverwonding.

14 Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European journal of cancer*, 37(2), 189-197.

Tabel 12. Lichaamsbeeld

	Jongens	Meisjes
Alcohol en sigaretten	0.89	-.259**
Drugs	-.001	-.092
Niet-agressief antisociaal gedrag	-.107	-.149
Agressief antisociaal gedrag	-.157	-.219*
Internaliserend probleemgedrag	-.317**	-.407***
Seksueel risicogedrag	.092	-.154
Verstoord eetgedrag		-.471***
Zelfverwonding		-.269**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Gezinsconflicten

Het gezin vormt samen met de vriendengroep de primaire sociale context voor jongeren en gezinskenmerken hebben een sterk effect op het welbevinden en gedrag bij jongeren. In Sexpert werd bevraagd hoe vaak er zich binnen het gezin conflicten afspeelden, gemeten op een vijf-puntenschaal gaande van 'nooit' tot 'heel vaak'. Jongens en meisjes verschilden niet in de mate waarin zij gezinsconflicten rapporteren. Zij verschilden wel in de mate waarin gezinsconflicten een invloed hebben op probleemgedrag. Tabel 13 toont de samenhang tussen de mate van gezinsconflict enerzijds en probleemgedrag anderzijds voor jongens en meisjes afzonderlijk. Voor meisjes is er een positief verband tussen de hoeveelheid gezinsconflict en verschillende vormen van probleemgedrag. Voor jongens hangt gezinsconflict enkel samen met meer internaliserend probleemgedrag.

Tabel 13. Gezinsconflict

	Jongens	Meisjes
Alcohol en sigaretten	.160	.338***
Drugs	.164	.231*
Niet-agressief antisociaal gedrag	.097	.184
Agressief antisociaal gedrag	.098	.191*
Internaliserend probleemgedrag	.189*	.419***
Seksueel risicogedrag	.052	.081
Eetstoornis		.266**
Zelfverwonding		.204*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Correlaten van probleemgedrag per groepen van respondenten

Om rekening te houden met het feit dat verschillende vormen van probleemgedrag samen neigen voor te komen, werden respondenten opgedeeld in vier groepen. Een eerste groep omvat zij die geen probleemgedrag stelden, met uitzondering van het gebruik van alcohol en sigaretten omdat dit eerder 'vaak' voorkomt. Een tweede groep waren degenen die externaliserend probleemgedrag stelden (zij die aangaven drugs te hebben gebruikt, en/of betrokken zijn geweest bij één van de items met betrekking tot agressief/niet-agressief antisociaal gedrag). Een derde groep waren degenen die internaliserend probleemgedrag stelden (zij die aangaven zelfmoordgedachten te hebben gehad en/of positief scoorden op de depressieschaal) maar geen externaliserend gedrag. En een vierde groep waren degenen die een combinatie van internaliserend en externaliserend probleemgedrag stelden. Tabel 14 toont de verdeling van de respondenten over de verschillende groepen van probleemgedrag.

Tabel 14. Groepen met betrekking tot het type probleemgedrag

	Geen / alcohol en sigaretten	Externaliserend	Internaliserend	Combinatie	N
	Groep 1	Groep 2	Groep 3	Groep 4	
Jongens	21 (18.6%)	31 (27.4%)	9 (8.0%)	52 (46.0%)	113
Meisjes	23 (24.0%)	11 (11.5%)	24 (25.0%)	38 (39.6%)	96

Vervolgens kan er gekeken worden naar de mate waarin de voorspellende psychosociale factoren verschillen tussen deze vier groepen van respondenten. Tabel 15 en 16 toont de resultaten hiervan voor jongens respectievelijk voor meisjes. Per 'groep'



wordt de gemiddelde waarde op de zeven psychosociale factoren weergegeven. De F-waarde in de laatste kolom is de teststatistiek voor de ANOVA test die aangeeft of de verschillen tussen de vier groepen al dan niet statistisch significant zijn.

De resultaten tonen dat voor jongens de gevoeligheid voor groepsdruk, gevoeligheid voor inhibitie, lichaamsbeeld en gezinsconflict significant verschillen over de vier groepen heen. Daarbij rapporteerden jongens die externaliserend probleemgedrag stelden en ook jongens die de combinatie van internaliserend en externaliserend probleemgedrag stelden, de hoogste gevoeligheid voor groepsdruk, het meest negatieve lichaamsbeeld en de meeste gezinsconflicten. Jongens die enkel internaliserend probleemgedrag stelden, scoren het hoogst op inhibitie.

Voor meisjes worden gelijkaardige resultaten gevonden. Meisjes die een combinatie van internaliserend en externaliserend probleemgedrag stelden, zijn het meest gevoelig voor groepsdruk, zijn het meest gevoelig voor beloning (sensatiezucht), hebben het meest negatieve lichaamsbeeld en rapporteren de meeste gezinsconflicten. Meisjes die enkel internaliserend probleemgedrag stelden, of een combinatie met externaliserend probleemgedrag, scoren het hoogst op inhibitie.

Figuur 3 visualiseert het verschil in lichaamsbeeld tussen de vier groepen, met onderscheid tussen jongens en meisjes. Daarop is duidelijk te zien dat de groep die een combinatie van internaliserend en externaliserend probleemgedrag stelde (groep 4), het meest negatieve lichaamsbeeld heeft en dit zowel bij jongens als bij meisjes.

Tabel 15. Psychosociale factoren per probleemgedraggroep, bij de jongens

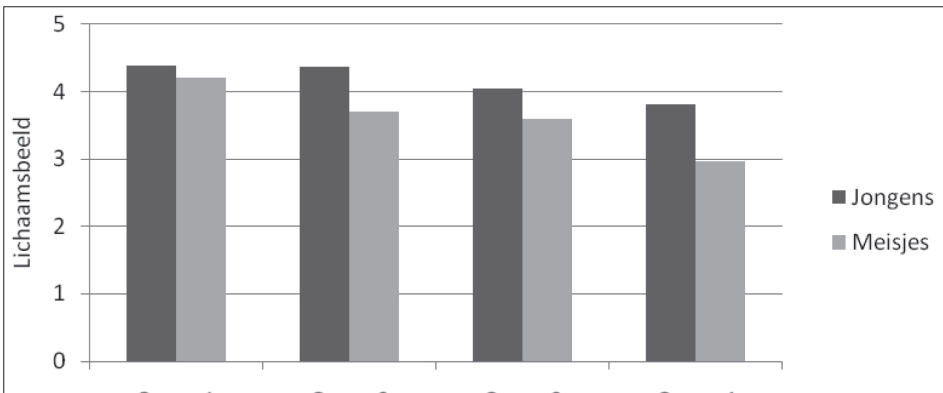
	Groep 1	Groep 2	Groep 3	Groep 4	F-waarde
Schoolbetrokkenheid	3.82	3.44	3.63	3.41	1.895
Zinloosheid m.b.t. studeren	4.31	4.50	4.16	4.44	1.389
Gevoeligheid voor groepsdruk	1.44	1.71	1.57	1.78	3.779*
Gevoeligheid voor inhibitie	2.39	2.47	3.05	2.63	4.403**
Gevoeligheid voor beloning	2.60	2.93	2.84	2.77	1.825
Lichaamsbeeld	4.38	4.37	4.04	3.82	4.906**
Gezinsconflict	2.29	2.84	2.67	2.90	3.137*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 16. Psychosociale factoren per probleemgedraggroep, bij de meisjes

	Groep 1	Groep 2	Groep 3	Groep 4	F-waarde
Schoolbetrokkenheid	3.89	3.24	3.67	3.50	2.311
Zinloosheid m.b.t. studeren	4.41	4.56	4.10	4.25	1.699
Gevoeligheid voor groepsdruk	1.42	1.52	1.51	1.90	9.519***
Gevoeligheid voor inhibitie	2.77	2.69	3.05	3.08	3.668*
Gevoeligheid voor beloning	2.39	2.68	2.64	2.78	3.438*
Lichaamsbeeld	4.21	3.71	3.59	2.96	7.561***
Gezinsconflict	2.17	2.70	2.96	3.03	7.298***

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



Figuur 3. Lichaamsbeeld per groep, en per geslacht

Groep 1 = Geen probleemgedrag; Groep 2 = enkel externaliserend probleemgedrag; Groep 3 = enkel internaliserend probleemgedrag; Groep 4 = combinatie van internaliserend en externaliserend probleemgedrag

## Besluit

De bedoeling van deze fact sheet was enerzijds om het voorkomen van probleemgedrag bij middelbare school jongeren te schetsen en anderzijds om daarbij het belang van enkele risicofactoren na te gaan. Daarbij werd aandacht besteed aan verschillen tussen jongens en meisjes.

Jongens en meisjes verschilden wat betreft het type probleemgedrag dat ze stelden. Jongens scoorden hoger op alcoholgebruik, het roken van sigaretten en antisociaal gedrag, terwijl meisjes hoger scoorden op internaliserend probleemgedrag (depres-

sie), verstoord eetgedrag en zelfverwonding. Jongens en meisjes verschilden niet op het vlak van seksueel risicogedrag. Deze verschillende vormen van probleemgedrag hingen ook sterk samen, al was deze samenhang duidelijk een stuk sterker bij meisjes dan bij jongens. Bij meisjes was er ook een sterke samenhang tussen internaliserend probleemgedrag en andere vormen van probleemgedrag, terwijl bij jongens vooral middelengebruik en antisociaal gedrag samenhingen.

Jongens en meisjes verschilden slechts weinig met betrekking tot de risicofactoren waaraan zij waren blootgesteld. Ze rapporteerden een even hoge schoolbetrokkenheid, zinloosheid met betrekking tot studeren, gevoeligheid voor groepsdruk, persoonlijk temperament en gezinsconflicten. Meisjes rapporteerden wel een negatiever lichaamsbeeld dan jongens. Er waren sterke verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft de manier waarop deze risicofactoren samenhangen met de verschillende vormen van probleemgedrag. Over het algemeen waren er voor meisjes veel meer en sterkere verbanden tussen de blootstelling aan een risicofactor enerzijds en het optreden van probleemgedrag anderzijds. Vooral het negatievere lichaamsbeeld bij meisjes hing sterk samen met probleemgedrag, al kan een negatief lichaamsbeeld op zich ook geïnterpreteerd worden als een vorm van internaliserend probleemgedrag.

Deze resultaten zijn louter beschrijvend van aard en het is dus niet de bedoeling om op basis hiervan verregaande conclusies te trekken met betrekking tot de oorzaken van het voorkomen van probleemgedrag bij middelbare schooljongeren. De algemene conclusie die uit deze beschrijvende data naar voren komt, is dat jongeren die betrokken zijn bij een bepaald probleemgedrag vaak ook betrokken zullen zijn bij andere vormen van probleemgedrag, wat dan weer consequenties met zich meebrengt op het vlak van preventie en begeleiding van deze jongeren. Vooral voor meisjes die middelengebruik en/of antisociaal gedrag stellen, moet er sterk rekening gehouden worden met een verhoogde kans op internaliserend probleemgedrag en een verlaagd lichaamsbeeld.

### *7.5.2 Jongeren en informatie over relaties en seks*

Katrien Symons (contact: [Katrien.Symons@UGent.be](mailto:Katrien.Symons@UGent.be))

Prof. Dr. Mieke Van Houtte

Dr. Hans Vermeersch

## **Inhoud**

Deze fact sheet biedt informatie over de resultaten uit Sexpert I met betrekking tot relationele en seksuele vorming van jongeren. Er komen drie thema's aan bod: de behoefte aan informatie en informatiebronnen, informatie op school en communicatie binnen het gezin.

## Data

Er werd gebruik gemaakt van een subsample van de Sexpert-data, met name de jongeren van 14 tot en met 25 jaar. Dit zijn in totaal 632 respondenten, waarvan 301 jongens en 331 meisjes. Voor het luik ‘informatie op school’ werd enkel gebruik gemaakt van de respondenten die nog naar de middelbare school gaan. Dit zijn 235 respondenten, waarvan 121 jongens en 114 meisjes.

## Resultaten

### Behoeftes aan informatie en informatiebronnen

De behoefte aan informatie werd bevraagd per thema. Er werden vier thema's onderscheiden:

- Biologische thema's/lichamelijke aspecten van seks: informatie over menstruele cyclus, natte dromen, lichamelijke veranderingen tijdens de puberteit, geslachtsorganen en borsten, klaarkomen...
- Veilig vrijen: informatie over het vermijden van zwangerschap, hoe je besmetting van hiv/soa (seksueel overdraagbare aandoening) kan voorkomen, condoomgebruik...
- Relaties: informatie over verliefdheid, intimiteit, een relatie beginnen, omgaan met verschillen in een relatie, verschillende relatievormen, zich zelfverzekerd voelen in relaties...
- Seksualiteit/seks: informatie rond masturbatie, klaarkomen, homoseksualiteit, maagdelijkheid, seksueel misbruik, hoe je vrijen leuker kan maken, communicatie over seks, grenzen aangeven, seks op het internet...

Tabel 1 toont per thema hoeveel procent van de respondenten aangaf behoefte te hebben aan informatie daarover. Dit werd afzonderlijk nagegaan voor de groep jongeren die nog naar de middelbare school gaan en de jongeren die niet meer naar de middelbare school gaan. Er kan immers verwacht worden dat de behoefte aan informatie afneemt bij de oudere adolescenten en op die manier kunnen ook betere conclusies worden getrokken met betrekking tot de informatievoorziening op school (waarop wordt ingegaan in de volgende sectie). Er werd ook telkens onderscheid gemaakt tussen jongens en meisjes, waarbij er werd nagegaan of de verschillen tussen jongens en meisjes ‘statistisch significant’ waren (aan de hand van een Chi-kwadraat test) en dus niet te wijten zijn aan het toeval maar werkelijke verschillen zijn.

Om te beginnen valt het op dat over het algemeen slechts een minderheid van de respondenten aangaf behoefte te hebben aan informatie. De behoefte aan informatie was ook, zoals verwacht, hoger bij de middelbare school jongeren. De meeste informatiebehoefte werd gerapporteerd met betrekking tot het thema ‘relaties’ en dit zowel voor de jongeren die nog naar de middelbare school gaan als voor de oudere adolescenten.

Meisjes op de middelbare school hadden statistisch meer behoefte aan informatie over biologische thema's en relaties dan jongens. Bij de oudere adolescenten hadden

meisjes alleen op het vlak van biologische thema's meer behoefte aan informatie dan jongens.

Tabel 1. Behoefte aan informatie per thema en per geslacht

	Middelbare school		Niet meer middelbare school	
	Jongens (N=121)	Meisjes (N=114)	Jongens (N=180)	Meisjes (N=217)
Biologische thema's	14.0%*	25.4%*	5.6%**	15.7%**
Veilig vrijen	19.0%	25.4%	9.4%	13.4%
Relaties	26.1%*	40.4%*	23.9%	27.6%
Seksualiteit/seks	19.8%	20.2%	15.6%	13.4%

\*het verschil tussen jongens en meisjes is statistisch significant, op een niveau van  $p < .01$ ; \*\* $p < .001$

Er werd gevraagd op wie de jongere een beroep zou doen, mocht er een vraag bestaan over één van de vier hierboven beschreven thema's. Let wel, het gaat hier niet om de vraag op wie ze al een beroep *hebben gedaan*, maar op wie ze een beroep *zouden doen*. Tabel 2 toont per 'informatiebron' het percentage van de respondenten dat aangaf daar eventueel een beroep op te zullen doen. Vrienden zijn het belangrijkste, gevolgd door zelf informatie opzoeken op het internet, en dit zowel voor meisjes als voor jongens. Slechts een kleine minderheid gaf aan geen informatiebronnen te hebben.

Tabel 2. Informatiebronnen bij vragen over één van de vier thema's

	Jongens	Meisjes
Leerkracht/begeleider op school	6.6%	6.6%
(Huis)arts	22.3%	33.8%
Jongerenwerker, Jongerenadviescentrum (JAC) of een jeugdhuismedewerker	4.7%	2.1%
Vriend/vriendin	54.2%	64.7%
Partner/lief	29.2%	37.5%
(Stief)vader	24.3%	11.8%
(Stief)moeder	37.2%	47.1%
(Stief)broer	13.3%	5.7%
(Stief)zus	11%	19.6%
Religieuze figuur (priester, imam, ...)	0%	0.3%
Opzoeken op het internet	43.2%	47.7%
Opzoeken in een boek, tijdschrift, magazine	5.3%	4.2%
Andere	6.3%	10.9%
Niemand	2.7%	2.7%

### Informatie op school

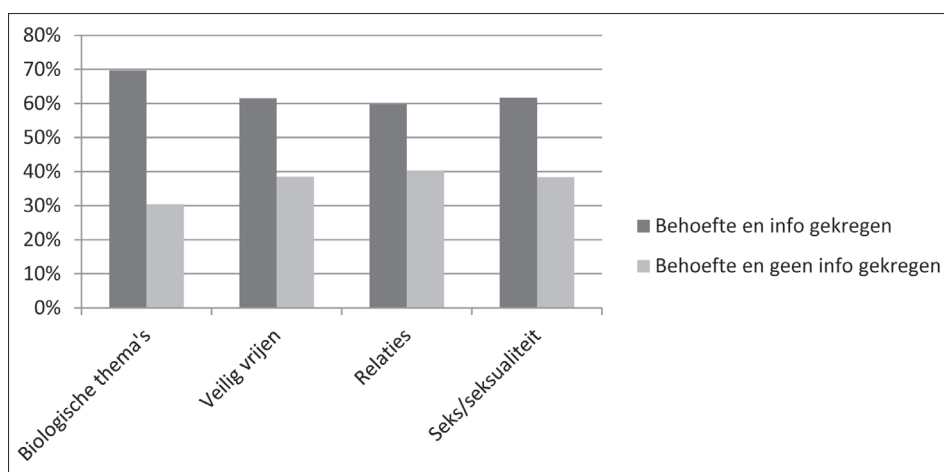
Aan de jongeren die naar de middelbare school gaan, werd gevraagd over welke thema's zij in het afgelopen schooljaar informatie hadden ontvangen. Aangezien dit niet verschilde naargelang het geslacht van de respondent, werden jongens en meisjes samengenomen in de resultaten. De thema's die werden bevraagd, zijn dezelfde als de vier thema's hierboven beschreven.

Tabel 3 toont per thema het percentage van de respondenten dat aangaf daarover informatie te hebben ontvangen tijdens het voorbije schooljaar. Het is opvallend dat voor ieder thema ongeveer de helft van de respondenten aangaf het afgelopen schooljaar informatie daarover te hebben gekregen. Er was dus geen enkel thema dat opvallend vaker of minder vaak aan bod kwam op school.

Tabel 3. Het krijgen van informatie op school, per thema

	Biologische thema's	Veilig vrijen	Relaties	Seksualiteit en seks
Percentage dat hierover informatie kreeg	54.1%	44.6%	48.5%	52.2%

Voor de jongeren die aangaven behoefte te hebben aan informatie over een bepaald thema, werd ook nagegaan hoeveel van hen over het betreffende thema ook informatie hadden gekregen op school. Op die manier kan enigszins worden nagegaan in welke mate door de school wordt tegemoet gekomen aan de behoefte aan informatie. Figuur 1 visualiseert deze resultaten. Voor de biologische thema's heeft 70% van de jongeren die behoefte had aan informatie, daar ook informatie over gekregen op school. Voor de andere thema's schommelde dit slechts rond de 60%.



Figuur 1. Informatie gekregen/niet gekregen met betrekking tot het thema waar de respondent behoefte aan had

Het krijgen van informatie op school hing ook sterk samen over de verschillende thema's heen. Jongeren die aangaven informatie te hebben gekregen over het ene thema, gaven ook vaker aan dat ze informatie hadden gekregen over een ander thema. Uiteindelijk kunnen we zo voornamelijk een groep onderscheiden die over alle verschillende thema's informatie kreeg (28,5%) versus een groep die over geen enkel thema informatie kreeg (31,1%). Tabel 4 toont het aantal thema's waarover de respondenten informatie hebben gekregen.



**Tabel 4.** Het aantal thema's waarover de respondenten informatie hebben gekregen

	% respondenten
Geen enkel thema	31.1%
Over 1 thema	13.2%
Over 2 thema's	13.2%
Over 3 thema's	14.0%
Over 4 thema's	28.5%

Indien er slechts één thema werd aangebracht op school, is dit in de meerderheid van de gevallen het biologische thema (58.1%), gevolgd door informatie over relaties (29.0%), informatie over seksualiteit (9.7%) en tenslotte informatie over veilig vrijen (3.2%).

Tabel 5 toont dat er ook verschillen zijn tussen de onderwijsvormen met betrekking tot het aantal thema's dat werd besproken op school. Deze verschillen naar onderwijsvorm waren ook statistisch significant ( $\chi^2(4, N=224) = 12.113, p=.017$ ). Respondenten uit het technisch secundair onderwijs (TSO) gaven het vaakst aan dat ze over geen enkel thema informatie hadden ontvangen. De respondenten uit het beroepssecundair onderwijs (BSO) kregen het meeste informatie.

**Tabel 5.** Aantal thema's waarover informatie werd ontvangen per onderwijsvorm

	BSO	TSO	ASO
Geen enkel thema	29.5%	42.7%	22.7%
Over 1 tot 3 thema's	32.8%	34.7%	51.1%
Over alle (4) thema's	37.7%	22.7%	26.1%
Totaal aantal respondenten	61	75	88

## Communicatie binnen het gezin

Communicatie binnen het gezin werd afzonderlijk bevestigd voor twee thema's: relaties en seks. Er werd aan de jongeren gevraagd bij wie ze in het gezin terecht kunnen met betrekking tot deze twee thema's, hoeveel behoefte ze hebben om over deze twee thema's te praten met gezinsleden en hoeveel er feitelijk over deze thema's gepraat wordt. Aan de hand van enkele vragen die het gezinsklimaat meten, kon ook worden nagegaan of het gezinsklimaat een invloed heeft op het al dan niet bij iemand in het gezin terecht te kunnen.

### *Bij welke persoon in het gezin kunnen jongeren terecht?*

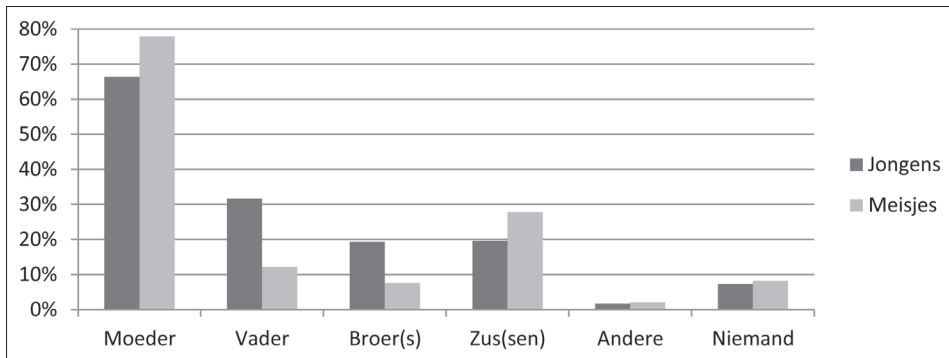
Tabel 6 toont het aantal gezinsleden bij wie de jongere terecht kan om over relaties en seks te praten. Het aantal respondenten dat aangaf met niemand over relaties en seks

te kunnen praten in het gezin was een minderheid. Dit percentage is wel hoger wanneer het gaat om het bespreken van seks in vergelijking met het bespreken van relaties. Jongens en meisjes verschilden niet significant met betrekking tot het bespreken van relaties. Met betrekking tot het bespreken van seks was er wel een significant genderverschil ( $\chi^2(2, N=632) = 16.558, p < .001$ ): jongens gaven iets vaker aan dan meisjes dat ze met niemand over seks kunnen praten maar tegelijkertijd gaven zij ook vaker aan dat ze met meer dan één persoon over seks kunnen praten.

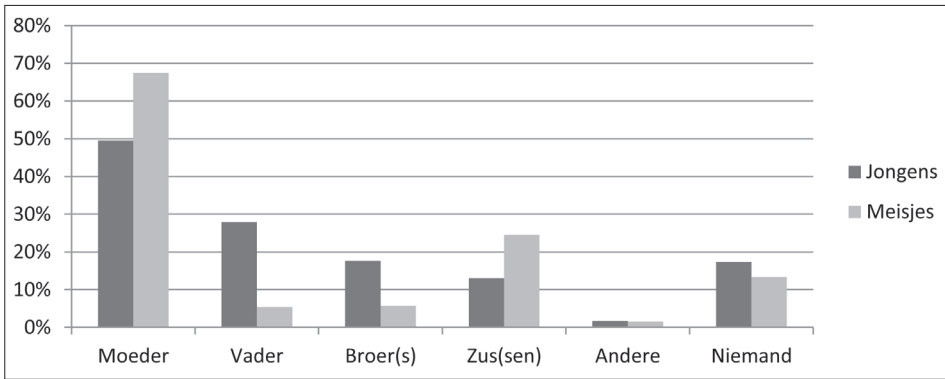
Tabel 6. Aantal gezinsleden om over relaties en seks te praten

	Bij hoeveel gezinsleden terecht om over relaties te praten?		Bij hoeveel gezinsleden terecht om over seks te praten?	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
Niemand	7,3%	7,9%	19,6%	13,6%
1 persoon	54,2%	62,5%	55,1%	70,7%
>1 persoon	38,5%	29,6%	25,30%	15,7%

Figuren 2 en 3 tonen de personen binnen het gezin waarbij jongeren terecht kunnen voor het bespreken van relaties en seks en dit per geslacht. Zowel voor het bespreken van relaties als seks was de moeder de voornaamste figuur en dit voor jongens zowel als voor meisjes. De vader was ook voor jongens belangrijk maar minder voor meisjes. Jongens konden niet alleen bij de broers maar ook bij de zussen terecht terwijl voor meisjes voornamelijk de zussen belangrijk waren.



Figuur 2. Het gezinslid waarmee vragen over relaties besproken kunnen worden



Figuur 3. Het gezinslid waarmee vragen over seks besproken kunnen worden

### *Invloed van het gezinsklimaat op het terechtkunnen bij gezinsleden*

Er kan worden verwacht dat het gezinsklimaat een invloed heeft op het al dan niet terechtkunnen bij gezinsleden met vragen over relaties en/of seks. Het gezinsklimaat werd nagegaan aan de hand van drie vragen, allen gemeten aan de hand van een vijf-puntenschaal: de sfeer in het gezin (gaande van ‘heel koud’ tot ‘heel warm’), openheid in het gezin met betrekking tot spreken over relaties en seksualiteit (gaande van ‘heel gesloten’ tot ‘heel open’) en de hoeveelheid conflicten in het gezin (gaande van ‘nooit’ tot ‘heel vaak’). Voor de analyses werden de respondenten opgedeeld in drie groepen: een groep die bij niemand terecht kon, een groep die bij één persoon terecht kon en een groep die bij meer dan één persoon terecht kon.

Voor elk van de gezinsklimaatfactoren werd nagegaan of deze verschillen naargelang de drie groepen van respondenten. Dit gebeurde aan de hand van een ANOVA-test. De analyses werden afzonderlijk gedaan voor de thema’s relaties en seks en dit per geslacht. Tabel 7 en 8 geven de gemiddelde scores op de drie gezinsklimaatfactoren, voor de drie groepen respondenten en voor beide thema’s (relaties en seks) afzonderlijk. De F-waarde verwijst naar de test-statistiek van de ANOVA-test en wordt vermeld samen met het significantieniveau (iedere waarde met een \* betekent dat er een statistisch significant verschil bestaat tussen de drie groepen).

Voor jongens waren een koude en een gesloten gezinssfeer risicofactoren om bij geen enkel gezinslid terecht te kunnen en dit zowel met betrekking tot het spreken over relaties als met betrekking tot het spreken over seks. Voor meisjes waren niet alleen een koude en gesloten gezinssfeer maar ook een grotere hoeveelheid conflict risicofactoren om bij niemand terecht te kunnen en dit opnieuw zowel met betrekking tot het thema relaties als met betrekking tot het thema seks.

Tabel 7. Gemiddelde waarde op de gezinsklimaatfactoren naargelang het bij gezinsleden terecht kunnen met betrekking tot het bespreken van relaties

	Jongens				Meisjes			
	0 pers.	1 pers.	>1 pers.	F-waarde	0 pers.	1 pers.	>1 pers.	F-waarde
Sfeer	3.75	4.15	4.35	6.72**	3.74	4.22	4.29	5.04**
Openheid	2.90	3.36	3.78	8.82***	2.30	3.62	3.79	18.14***
Conflict	2.90	2.70	2.65	0.85	3.30	2.86	2.90	3.05*

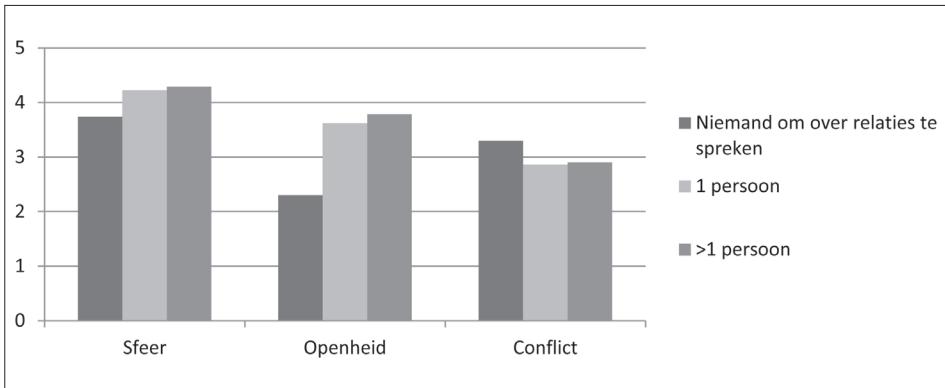
\* p<.05; \*\* p<.01; \*\*\*p<.001

Tabel 8. Gemiddelde waarde op de gezinsklimaatfactoren naargelang het bij gezinsleden terecht kunnen met betrekking tot het bespreken van seks

	Jongens				Meisjes			
	0 pers.	1 pers.	>1 pers.	F-waarde	0 pers.	1 pers.	>1 pers.	F-waarde
Sfeer	4.02	4.18	4.37	3.62*	3.79	4.29	4.16	7.43**
Openheid	2.86	3.56	3.80	13.48***	2.56	3.70	3.84	20.55***
Conflict	2.64	2.69	2.75	0.31	3.18	2.84	2.95	2.92

\* p<.05; \*\* p<.01; \*\*\*p<.001

Figuur 4 illustreert hoe deze drie gezinsklimaatfactoren verschillen tussen de vrouwelijke respondenten die aangaven bij niemand terecht te kunnen, bij één persoon terecht te kunnen en bij meer dan één persoon terecht te kunnen. De figuur toont duidelijk aan dat de meisjes die aangaven bij niemand terecht te kunnen gemiddeld een killere sfeer, minder openheid en meer conflict rapporteerden dan de meisjes die aangaven bij één of meerdere personen terecht te kunnen. Degenen die aangaven bij één persoon terecht te kunnen verschilden niet van degenen die aangaven bij meer dan één persoon terecht te kunnen.



Figuur 4. Aantal gezinsleden om over relaties te praten, naargelang drie gezinsklimaatfactoren (enkel voor vrouwen)

*Behoeftte om met gezinsleden over relaties/seks te praten en discrepantie met de feitelijke communicatie hierover*

De behoefte om over relaties en seks met gezinsleden te praten, en de frequentie waarmee er over beide thema's gepraat werd, werden bevraagd op basis van een vijf-puntenschaal gaande van 'nooit' tot 'heel vaak'.

Tabel 9 toont de resultaten voor de behoefte om over beide thema's te praten, voor jongens en meisjes afzonderlijk. Zowel de behoefte om met gezinsleden over relaties te praten als de behoefte om over seks te praten, waren eerder laag. Daarbij was de behoefte om over seks te praten nog lager dan de behoefte om over relaties te praten. Meisjes hadden vaker de behoefte om met gezinsleden over relaties en seks te praten dan jongens en dit verschil was statistisch significant ( $\chi^2(4, N=631) = 57.96, p < .001$  voor het thema relaties en  $\chi^2(4, N=632) = 25.51, p < .001$  voor het thema seks).

**Tabel 9.** Behoefte om met gezinsleden over relaties en seks te praten

	Hoe vaak behoefte om met gezinsleden over relaties te praten?		Hoe vaak behoefte om met gezinsleden over seks te praten?	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
Nooit	18,7%	10,0%	40,5%	26,3%
Zelden	54,7%	34,7%	48,2%	50,5%
Soms	23,7%	42,3%	11,3%	21,1%
Vaak	2,7%	11,5%	0%	1,5%
Heel vaak	0,3%	1,5%	0%	0,6%

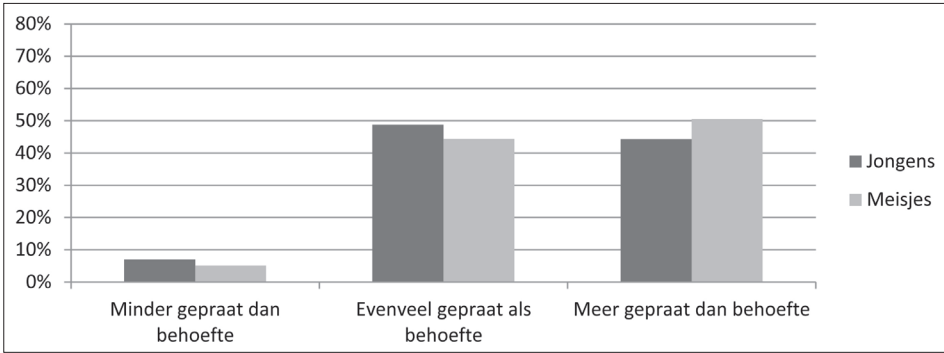
Tabel 10 toont de resultaten voor de frequentie waarmee er over beide thema's gepraat werd binnen het gezin. Er werd vaker over relaties dan over seks gepraat. Meisjes gaven ook aan dat ze vaker over relaties en seks praatten dan jongens en dit verschil was statistisch significant ( $\chi^2$  (4, N=632) = 61.40,  $p < .001$  voor het thema relaties en  $\chi^2$  (4, N=632) = 16.42,  $p = .003$  voor het thema seks).

**Tabel 10.** Hoe vaak wordt er met gezinsleden over relaties en seks gepraat

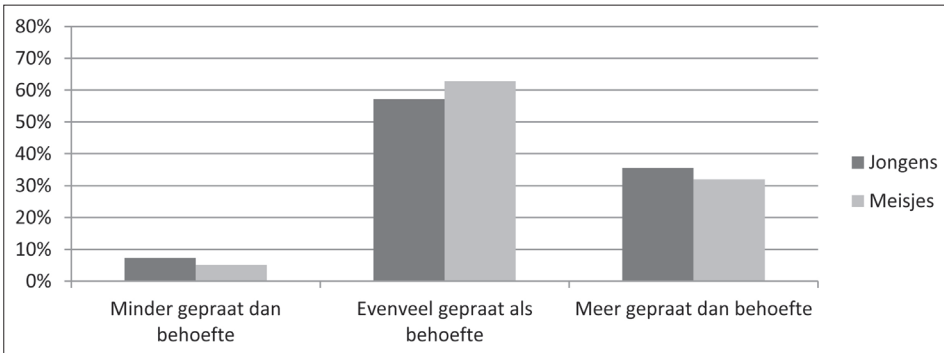
	Hoe vaak wordt er met gezinsleden over relaties gepraat?		Hoe vaak wordt er met gezinsleden over seks gepraat?	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
Nooit	9,0%	3,0%	23,3%	13,6%
Zelden	38,9%	23,3%	53,2%	50,5%
Soms	39,9%	36,6%	18,6%	29,0%
Vaak	9,6%	31,1%	4,0%	5,4%
Heel vaak	2,7%	6,0%	1,0%	1,5%

Wanneer verschil wordt gemaakt tussen de behoefte om over relaties en seks te praten en de frequentie waarmee er over beide thema's gepraat werd, wordt de discrepantie tussen beide bekomen. Indien er minder over werd gesproken dan dat er behoefte aan was, kan dit wijzen op een gebrek aan informatie. Figuur 5 toont de discrepantie tussen de behoefte en het feitelijk praten erover met betrekking tot het thema relaties. Figuur 6 toont de discrepantie met betrekking tot het thema seks. Voor de grote meerderheid werd er evenveel of meer gepraat over beide thema's dan dat er behoefte aan was. Een minderheid van 7% van de jongens en 5.1% van de meisjes gaf aan minder te praten over relaties dan dat er behoefte aan was. Met betrekking tot het thema seks gaf een vergelijkbare 7.3% van de jongens en 5.1% van de meisjes aan er minder over te praten dan dat er behoefte aan was.





Figuur 5. Discrepantie tussen behoefte en feitelijk praten over relaties in het gezin



Figuur 6. Discrepantie tussen behoefte en feitelijk praten over seks in het gezin

**Besluit**

De resultaten van Sexpert tonen duidelijk aan dat zowel jongens als meisjes nood hebben aan informatie over verschillende thema’s (biologie, veilig vrijen, relaties en seks) en voor meisjes was dit soms nog vaker het geval dan voor jongens. Vooral over het thema relaties was er een grote behoefte aan informatie bij meisjes die nog naar de middelbare school gaan. Jongeren lijken behoorlijk goed in staat te zijn om zelf op zoek te gaan naar de informatie die ze nodig hebben (voornamelijk via het internet) of om hun vragen te bespreken met vrienden. Slechts een kleine minderheid gaf aan bij niemand terecht te kunnen.

Er waren grote verschillen tussen de jongeren met betrekking tot de relationele en seksuele vorming (RSV) die ze kregen op school, waarbij een groep over geen enkel thema informatie kreeg tegenover een groep die over verschillende thema’s informatie kreeg. Er zat met andere woorden geen ‘lijn’ in de RSV op school, wat erop kan wijzen dat ook de concrete inhoud van de informatie die verstrekt werd (en bv. de frequentie waarmee aan RSV werd gedaan) sterk verschilt van school tot school. Sexpert heeft echter alleen informatie over welke thema’s al dan niet werden aangekaart en niet over de meer inhoudelijke aspecten van de feitelijke RSV die is gebeurd. Er

waren ook aanwijzingen dat de informatievoorziening sterk verschilt naargelang de onderwijsvorm, waarbij jongeren uit het TSO het minste informatie kregen. Tot slot bleek ook dat de voorziene RSV op school onvoldoende inspeelde op de nood van de jongeren aan informatie. Voor de jongeren met behoefte aan informatie over ieder van de vier thema's kreeg ongeveer één op de drie hier op school geen informatie over.

Jongeren lijken niet zoveel behoefte te hebben aan het praten over relaties en seks met gezinsleden. Voor de meeste jongeren werd de behoefte daaraan ook goed ingevuld en de meerderheid gaf aan dat er evenveel of zelfs meer over relaties en seks gepraat werd dan dat er behoefte aan was. De overgrote meerderheid kon ook bij gezinsleden (vooral de moeder) terecht om over relaties of seks te praten. Er is dus maar een kleine kwetsbare groep die bij niemand in het gezin terecht kan. Daarbij blijkt het algemene gezinsklimaat belangrijk te zijn (de sfeer, openheid en conflict binnen het gezin). Uit voorgaand onderzoek weten we dat een negatief gezinsklimaat een risicofactor is voor allerlei probleemgedrag, inclusief seksueel risicogedrag, en hier zien we dus dat deze jongeren ook kwetsbaar zijn op het vlak van bij iemand terecht kunnen met vragen over relaties of seks.

### 7.5.3 *Ontbreken van seksuele ervaring bij volwassenen: prevalentie, beleving en geassocieerde factoren*

Ellen Van Houdenove (contact: [Ellen.Vanhoudenove@UGent.be](mailto:Ellen.Vanhoudenove@UGent.be))  
 Prof. Dr. Guy T'Sjoen  
 Prof. Dr. Paul Enzlin

#### **Achtergrond**

Er is weinig geweten over volwassenen die geen enkele seksuele ervaring hebben. Prevalentiecijfers over volwassenen zonder seksuele ervaring zijn zeldzaam en spreken elkaar vaak tegen. Een Frans bevolkingsonderzoek vond dat 0.8% van de vrouwen en 1.4% van de mannen ouder dan 25 jaar nog nooit seks had gehad. Een Amerikaanse bevolkingsstudie vond echter veel hogere cijfers en rapporteerde dat 8.9% van de vrouwen en 13.9% van de mannen tussen 25 en 45 jaar geen enkele seksuele ervaring had gehad. Ander onderzoek spitst zich specifiek toe op seksuele onervarenheid bij mannen of bij vrouwen. Zo toonde een Amerikaans onderzoek naar seksueel gedrag bij mannen tussen 20 en 39 jaar oud aan dat 4.6% nog nooit geslachtsgemeenschap had gehad, terwijl een Amerikaanse studie bij alleenstaande vrouwen tussen 20 en 44 jaar oud concludeerde dat 11.5% geen seksuele ervaring had.

Ook over factoren die mogelijk gerelateerd zijn aan seksuele onervarenheid bij volwassen mannen en vrouwen zijn er weinig onderzoeksgegevens beschikbaar. Er werd wel een verband gevonden met seksuele oriëntatie en met de frequentie waarmee men religieuze diensten bijwoont. Bij vrouwen bleek er tevens een associatie te bestaan tussen enerzijds een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen, en anderzijds het ontbreken van seksuele ervaring. Verder bleek er noch bij mannen, noch bij

vrouwen een verband te bestaan tussen seksuele onervarenheid en zelfinschatting van gezondheid, Body Mass Index (BMI) of leeftijd.

### *Opzet van deze studie*

Met dit onderzoek willen we nagaan hoeveel volwassen mannen en vrouwen in de Vlaamse bevolking geen ervaring hebben met seks. We exploreren hoe ze zich daarbij voelen en welke motieven ze aangeven voor hun seksuele onervarenheid. Ten slotte beschrijven we verschillen in fysieke en mentale gezondheid, vermijdende hechting en lichaamsbeeld tussen mensen zonder seksuele ervaring en een controlegroep met seksuele ervaring.

### **Methode**

Uit de Sexpert-populatie selecteerden we deelnemers tussen 25 en 80 jaar die op de vraag of ze ooit al met iemand seks hadden gehad ‘neen’ antwoordden. Seks werd in de vraagstelling omschreven als “allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is, dus het aanraken van de geslachtsdelen van iemand anders”. Op die manier maakten we een onderscheid tussen seks en geslachtsgemeenschap, waarbij er penetratie plaatsvindt. Om een vergelijking te kunnen maken met deelnemers die wel al seksuele ervaring hadden, werd een controlegroep geselecteerd. Hierbij werd er voor gezorgd dat de deelnemers uit de controlegroep in termen van geslacht, leeftijd en opleidingsniveau niet verschilden van de deelnemers zonder seksuele ervaring.

Om na te gaan hoe mensen zich voelen bij het feit dat ze nog nooit seks hebben gehad, kregen de deelnemers een lijst van tien emoties gepresenteerd (vijf negatief geformuleerde en vijf positief geformuleerde), die ze moesten beoordelen op een vijf-puntenschaal. Verder kregen de deelnemers een lijst van 16 mogelijke redenen waarom iemand nog geen seks heeft gehad. Voor elk van deze redenen duidden ze op een vijf-puntenschaal aan in welke mate deze op hen van toepassing zijn.

Tot slot onderzochten we of deelnemers met en zonder seksuele ervaring van elkaar verschillen op vlak van fysieke en mentale gezondheid, vermijdende hechting en lichaamsbeeld.

### **Resultaten**

Van de 1473 deelnemers tussen 25 en 80 jaar oud, waren er 32 deelnemers (16 mannen en 16 vrouwen) zonder enige seksuele ervaring. Dit komt neer op 2.2% van de steekproef. De meerderheid van de deelnemers zonder enige seksuele ervaring was ouder dan 40 jaar, lager opgeleid (geen diploma, diploma lager onderwijs of lager middelbaar onderwijs), benoemde zichzelf als heteroseksueel en beschouwde zichzelf als katholiek. Het was opvallend dat 21 van de 32 deelnemers zonder seksuele ervaring wel aangaven een vaste partner te hebben.

De meeste deelnemers rapporteerden positieve emoties met betrekking tot hun seksuele onervarenheid. De helft van de deelnemers was gelukkig over het feit dat ze nog nooit seks hadden gehad, negen deelnemers gaven zelfs aan er trots over te zijn.

Desondanks stelden acht deelnemers dat ze zich schaamden en zeven deelnemers waren droevig of ontgoocheld over hun seksuele onervarenheid. Er waren geen verschillen tussen mannen en vrouwen in de frequentie waarmee ze bepaalde gevoelens rapporteerden.

Gevraagd naar motieven voor het feit dat ze geen seksuele ervaring hadden, werd de wens om eerst verliefd te willen zijn, het meest frequent gerapporteerd. Andere vaak gerapporteerde motieven waren de ‘wens om eerst een vaste relatie te hebben’ of de stelling ‘dat het er gewoon nog niet van gekomen was’. Eén op vier deelnemers gaf aan ‘nog niet klaar te zijn voor seks’ en ongeveer één op vijf deelnemers stelde ‘dat ze bang waren om seks te hebben’. Er bleken geen verschillen te zijn in de redenen die mannen en vrouwen aangaven voor hun seksuele onervarenheid.

Tot slot toonde een vergelijking van de gemiddelde scores van deelnemers met en zonder seksuele ervaring op fysieke en mentale gezondheid, vermijdende hechting en lichaamsbeeld aan dat deelnemers zonder seksuele ervaring een hogere score hadden op vermijdende hechting dan deelnemers met seksuele ervaring.

## Conclusie

Dit onderzoek richtte zich op een groep die in wetenschappelijk onderzoek weinig aandacht krijgt, namelijk volwassenen zonder seksuele ervaring. Onze resultaten toonden aan dat 2.2% van deelnemers tussen 25 en 80 jaar nog nooit seks heeft gehad. Dit cijfer komt overeen met wat gerapporteerd werd in ander Europees bevolkingsonderzoek maar ligt lager dan wat een Amerikaans bevolkingsonderzoek weergaf. Het is echter mogelijk dat de ‘ware’ prevalentie van seksuele onervarenheid bij volwassenen een stuk hoger ligt, gezien het waarschijnlijk is dat mensen zonder seksuele ervaring weinig geneigd zijn om deel te nemen aan een onderzoek naar seksuele gezondheid.

Voor zover ons bekend, is dit het eerste onderzoek dat peilt naar de beleving van en motieven voor seksuele onervarenheid bij volwassenen. Hoewel de meeste deelnemers zonder seksuele ervaring positieve emoties hieromtrent rapporteerden, gaf toch één op vier aan beschaamd te zijn en stelde één op vijf dat ze droevig of ontgoocheld waren over hun seksuele onervarenheid. Door de kleine steekproef was het niet mogelijk om na te gaan of er verschillen waren tussen leeftijdsgroepen in gerapporteerde emoties. Men zou kunnen veronderstellen dat jongere mensen, door de maatschappelijke druk die zij ervaren om toch seksueel actief te zijn, meer negatieve emoties zouden rapporteren dan oudere mensen. Een bevraging van de motieven voor seksuele onervarenheid toonde aan dat er mogelijk twee subgroepen te onderscheiden zijn bij volwassenen zonder seksuele ervaring: een groep die nog geen seks heeft gehad omwille van bepaalde omstandigheden (bv. nog geen partner gehad hebben) en een groep die nog geen seks heeft gehad omdat ze daar geen nood aan hebben.

In vergelijking met een seksueel ervaren controlegroep, bleken deelnemers zonder seksuele ervaring hoger te scoren op vermijdende hechting. Men zou kunnen veronderstellen dat seksueel onervaren mensen vermijdend gehecht zijn en seks gaan

vermijden omdat dit een intieme relatie met een andere persoon zou impliceren. Toekomstig onderzoek bij een grotere steekproef moet aantonen of deze preliminaire bevindingen kunnen worden bevestigd.

#### 7.5.4 *De beleving van een vroege eerste geslachtsgemeenschap*

Katrien Symons (contact: [Katrien.Symons@UGent.be](mailto:Katrien.Symons@UGent.be))  
 Prof. Dr. Mieke Van Houtte  
 Dr. Hans Vermeersch

#### **Achtergrond**

Een vroege eerste geslachtsgemeenschap wordt vaak als een risico gezien, zowel vanuit ‘de publieke opinie’ als vanuit het wetenschappelijke onderzoeksveld. Een vroege start gaat samen met allerlei risico’s op het vlak van de seksuele gezondheid maar er wordt maar weinig aandacht besteed aan de vraag waarom dat dan zo is. Kwantitatief onderzoek richt zich ook eerder op veilig vrijgedrag, terwijl de belevingsaspecten buiten beschouwing worden gelaten. In Vlaanderen werd recent kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij jongeren die op jonge leeftijd (voor hun 15de) hun eerste geslachtsgemeenschap hebben ervaren. Daarbij kwam duidelijk naar voor dat vroege starters sterk van elkaar verschillen met betrekking tot de mate waarin ze er klaar voor waren (in termen van de aanloop naar de eerste keer toe en het besluitvormingsproces dat eraan vooraf ging) en dat dit op zijn beurt sterk gekoppeld was aan de beleving van de eerste keer. De resultaten van deze kwalitatieve studie werden samengevat in een Nederlandstalige toegankelijke versie, die hier gevonden kan worden:

<https://biblio.ugent.be/input/download?func=downloadFile&recordOID=3059967&fileOID=3059977>

Het vormt een uitdaging om ook in kwantitatief onderzoek rekening te houden met deze diversiteit die bestaat tussen vroege starters onderling en om dus niet alleen maar te kijken naar het gemiddelde effect van de leeftijd bij de eerste keer op allerlei seksuele gezondheidsindicatoren. Daarnaast dient ook meer aandacht besteed te worden aan emotionele belevingsaspecten. In de Sexpert-bevraging werden naast de leeftijd bij de eerste keer ook nog enkele andere aspecten van de eerste keer bevestigd. Ten eerste werd de leeftijd bij de eerste tongzoen bevestigd zodat er kan gekeken worden naar de tijdsperiode tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap. Deze tijdsperiode kan een indicatie zijn van de mate waarin de jongere de tijd heeft genomen om langzaam aan seksuele ervaringen op te bouwen vooraleer over te gaan tot geslachtsgemeenschap. Ten tweede werd ook het leeftijdsverschil met de eerste partner bevestigd. Bovendien werden een aantal belevingsaspecten bevestigd: de mate waarin de eerste keer positief beleefd werd en de mate waarin de jongere zich er klaar voor voelde.

Deze studie heeft tot doel om op een kwantitatieve manier na te gaan of en in welke mate een vroege eerste geslachtsgemeenschap een risico inhoudt voor de emotionele

beleving ervan, en in welke mate daarbij ook andere contextfactoren een rol spelen.

## **Methode en beschrijving van de variabelen**

### *Data*

Er werd gebruik gemaakt van een subsample van de Sexpert-data, met name de jongste generaties van 14 tot en met 35 jaar. Dit zijn in totaal 705 respondenten, waarvan 324 mannen en 381 vrouwen. Deze subgroep werd geselecteerd om twee redenen. Ten eerste is het waarschijnlijk dat deze groep zich de timing en omstandigheden van de eerste keer nog goed zal herinneren. Ten tweede valt het te verwachten dat de sociaal-culturele verschillen binnen deze groep kleiner zullen zijn dan wanneer de oudere generaties ook zouden zijn opgenomen.

### *Leeftijd bij de eerste keer en contextfactoren (onafhankelijke variabelen)*

Tabel 1 vat de univariate kenmerken van de drie onafhankelijke variabelen samen. De leeftijd bij de eerste keer varieerde van 11 tot 35 jaar. De gemiddelde leeftijd bij de eerste keer verschilde significant tussen mannen en vrouwen maar dit verschil was slechts klein: mannen waren gemiddeld 17.06 jaar oud bij hun eerste keer, vrouwen waren gemiddeld 16.54 jaar oud. Van de mannelijke respondenten beleefde ongeveer één op vier (24.9%) zijn eerste keer voor 15 jaar, bij de vrouwen was dit ongeveer één op drie (30.9%).

Het leeftijdsverschil met de eerste partner varieerde van een partner die 4 jaar jonger was tot een partner die 13 jaar ouder was. Een outlier van 22 jaar ouder werd verwijderd omdat dit de resultaten te sterk beïnvloedde. Het gemiddelde leeftijdsverschil verschilde ook significant voor mannen en vrouwen. Ongeveer drie vierde van de mannen (74.4%) had een eerste partner die even oud of jonger was als henzelf, terwijl de meeste vrouwen (68%) een eerste partner hadden die ouder was dan zichzelf.

De tijdspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap varieerde van 0 tot 12 jaar en bedroeg gemiddeld 2.53 jaar. Deze tijdspanne verschilde niet tussen mannen en vrouwen.

Een latere leeftijd bij de eerste keer hing samen met het hebben van een jongere eerste partner en een langer voorafgaand traject (sinds de eerste tongzoen).

Tabel 1. Univariate kenmerken van de onafhankelijke variabelen

	Mannelijke respondenten			Vrouwelijke respondenten		
	M	SD	N	M	SD	N
Leeftijd bij de eerste keer	17.06*	2.631	301	16.54*	2.110	353
Leeftijdsverschil met de eerste partner	.01*	1.626	288	1.78*	2.110	345
Tijdspanne (i)	2.7	2.280	270	2.39	1.844	336

(i) Aantal jaren tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap

M = Gemiddelde; SD = Standaardafwijking; N = totaal aantal respondenten

\* significant verschil tussen mannen en vrouwen, getest aan de hand van een independent samples t-test

### *Indicatoren van mentale beleving van de eerste keer (afhankelijke variabelen)*

De algemene beleving van de eerste keer werd gemeten aan de hand van een vijf-puntenschaal, gaande van ‘heel negatief’ (score 1) tot ‘heel positief’ (score 5). De mate waarin men het gevoel had er toen klaar voor te zijn werd ook gemeten aan de hand van een vijf-puntenschaal, gaande van ‘er helemaal niet klaar voor’ (score 1) tot ‘er helemaal klaar voor’ (score 5). Tabel 2 toont de univariate kenmerken voor deze variabelen. De mannelijke respondenten gaven aan dat de eerste keer iets positiever werd beleefd en dat ze er meer klaar voor waren dan de vrouwelijke respondenten.

Tabel 2. Univariate kenmerken van de afhankelijke variabelen

	Mannelijke respondenten			Vrouwelijke respondenten		
	M	SD	N	M	SD	N
Beleving van de eerste keer	3.90*	.925	323	3.34*	1.037	380
Gevoel er klaar voor te zijn	4.10*	1.019	324	3.67*	1.262	379

\* significant verschil tussen mannen en vrouwen, getest aan de hand van een independent samples t-test

M = Gemiddelde; SD = Standaardafwijking; N = totaal aantal respondenten

## Resultaten

Voor mannen hing de leeftijd bij de eerste keer positief samen met de algemene beleving ervan, terwijl de twee contextfactoren (leeftijdsverschil met de partner en tijdspanne sinds de eerste tongzoen) geen effect hadden. Voor vrouwen werd de algemene beleving van de eerste keer niet voorspeld door de leeftijd bij de eerste keer maar er was wel een interactie-effect tussen de leeftijd bij de eerste keer en het leeftijdsverschil met de eerste partner. Dit interactie-effect wees erop dat het hebben van een oudere partner bij de eerste keer een negatief effect had op de beleving ervan alleen wanneer de vrouw zelf ook nog jonger was (wanneer de eerste keer plaatsvond



op 16 jaar of jonger). Dus wanneer de vrouw zelf al ouder was bij haar eerste keer, ging het hebben van een oudere partner niet meer samen met een minder positieve beleving ervan.

Het gevoel er klaar voor te zijn werd zowel voor mannen als voor vrouwen voorspeld door de leeftijd bij de eerste keer (met een groter gevoel er klaar voor te zijn naarmate men ouder was bij de eerste keer). Voor mannen (maar niet voor vrouwen) was er daarnaast ook een positief effect van een langere tijdspanne sinds de eerste tongzoen. Dus mannen die meer tijd hadden laten verstrijken tussen hun eerste tongzoen en hun eerste geslachtsgemeenschap, hadden meer het gevoel er toen klaar voor te zijn. Het leeftijdsverschil met de eerste partner had geen effect op het gevoel er klaar voor te zijn.

## Conclusies

Een vroeg seksueel debuut wordt gezien als een risico voor de seksuele gezondheid van de jongere. Maar onderzoek houdt slechts weinig rekening met de omstandigheden van de eerste keer en met de individuele seksuele loopbaan van de jongere in kwestie. Er kan immers verwacht worden dat een vroege eerste keer niet voor iedere jongere even risicovol is en dat de context waarin het gebeurt een belangrijke bepalende factor is.

Dit onderzoek trachtte na te gaan in welke mate het effect van de leeftijd bij de eerste keer op de beleving ervan verdwijnt indien ook rekening wordt gehouden met het leeftijdsverschil met de eerste partner en de duur van het voorafgaandelijk seksuele traject. De resultaten toonden dat ook indien rekening gehouden wordt met deze contextfactoren, de leeftijd bij de eerste keer nog steeds een bepalend effect heeft op de beleving ervan.

Toch moeten hier enkele kritische bemerkingen bij worden gemaakt. Niettegenstaande de gevonden effecten van de leeftijd bij de eerste keer statistisch significant waren, kan dit slechts ruime verbanden weergeven. Immers, het grootste deel van de variantie in beleving van de eerste keer blijft onverklaard nadat de leeftijd bij de eerste keer, het leeftijdsverschil met de eerste partner en de tijdspanne sinds de eerste tongzoen in rekening zijn genomen. Dit wil zeggen dat er duidelijk nog heel wat andere factoren meespelen die verklaren hoe de eerste keer beleefd wordt.

Er zijn aanwijzingen dat kwalitatief onderzoek (bv. aan de hand van diepte-interviews) beter in staat is om deze processen te vatten dan kwantitatief onderzoek (aan de hand van een survey). Een Vlaamse kwalitatieve studie naar de beleving van een vroege eerste keer<sup>15</sup> toont aan dat een vroege eerste keer niet noodzakelijk een negatieve ervaring is, zeker niet wanneer deze plaatsvindt in een relatie die ervaren wordt als 'toegewijd'. Ook de kwaliteit van het voorafgaandelijk besluitvormingsproces wordt in deze kwalitatieve studie duidelijk gerelateerd aan de beleving van de eerste

keer. Verder toont deze kwalitatieve studie ook aan dat de tijdspanne sinds de eerste tongzoen niet noodzakelijk een indicator is van de mate waarin de jongere de tijd heeft genomen om zich de verschillende stappen van intimiteit eigen te maken. Het zijn net deze verschillen tussen vroege starters onderling die in kwantitatief onderzoek vaak over het hoofd worden gezien maar die wel van cruciaal belang zijn voor het begrijpen van de risico's van een vroege eerste keer.

### 7.5.5 *Genderverschillen in biologische en psychologische correlaten van verminderd seksueel verlangen zonder geassocieerde last*

Ellen Van Houdenhove (contact: [Ellen.Vanhoudenhove@UGent.be](mailto:Ellen.Vanhoudenhove@UGent.be))

Prof. Dr. Paul Enzlin

Prof. Dr. Guy T'Sjoen

#### **Achtergrond**

Verminderd seksueel verlangen is één van de meest voorkomende seksuele problemen bij vrouwen. De prevalentiecijfers die in de literatuur worden gerapporteerd variëren van 24% tot 34%. In veel van deze studies werd ook het lijden, dat met verminderd seksueel verlangen is geassocieerd, gemeten. Daardoor weten we dat het aantal vrouwen met verminderd seksueel verlangen dat daar ook last van ondervindt, een stuk lager ligt: namelijk tussen 8% en 23%. Bij mannen blijkt verminderd seksueel verlangen minder vaak voor te komen en variëren de gerapporteerde prevalentiecijfers tussen 0% tot 16%. Tot op heden is er bij mannen nog geen onderzoek naar verminderd seksueel verlangen verricht waarbij het last-criterium in rekening werd gebracht.

In verschillende studies werd aandacht besteed aan biologische en psychologische variabelen die met verminderd seksueel verlangen verband houden. Voor wat de biologische variabelen betreft, ligt de focus vaak op het verband tussen (verminderd) seksueel verlangen en testosteron. Maar ook fysiek en mentaal welzijn worden aan verminderd seksueel verlangen gerelateerd. Voor wat de psychologische variabelen betreft, werd er een verband gezocht met relationele en seksuele tevredenheid, communicatie met de partner en lichaamsbeeld.

#### *Opzet van deze studie*

In dit onderzoek ligt de focus op verminderd seksueel verlangen zonder geassocieerde last. We wilden de prevalentie hiervan bij Vlaamse mannen en vrouwen nagaan en maakten daarbij een onderscheid tussen verminderd *spontaan* seksueel verlangen (seksueel verlangen dat iemand 'vanuit zichzelf' ervaart) en verminderd *responsief* seksueel verlangen (seksueel verlangen als respons op het initiatief van een partner). Voor mannen en vrouwen die verminderd (spontaan of responsief) seksueel verlangen rapporteren, gingen we tevens na of hun gemiddelde scores op een aantal biologische en psychologische variabelen verschillen van die van een controlegroep

zonder verminderd seksueel verlangen. De biologische variabelen omvatten testosteron, testosterongevoeligheid, fysiek en mentaal welzijn. De psychologische variabelen omvatten relationele en seksuele tevredenheid, hechtingsstijl, lichaamsbeeld, seksuele inhibitie en excitatie en seksuele communicatie.

## Methodede

Uit de Sexpert-populatie selecteerden we deelnemers tussen 14 en 80 jaar oud die de afgelopen zes maanden seksueel actief zijn geweest (N=1332). Aan de deelnemers werd gevraagd in welke mate ze de afgelopen zes maanden verminderd spontaan seksueel verlangen hadden ervaren. Deze vraag werd beantwoord op een vier-puntenschaal (niet te weinig verlangen – in lichte mate te weinig verlangen – duidelijk te weinig verlangen – in extreme mate te weinig verlangen). Enkel indien een deelnemer aangaf minstens in lichte mate te weinig verlangen te hebben ervaren, werd er gevraagd in welke mate dit een probleem was voor zichzelf, voor zijn of haar partner (indien van toepassing) en voor zijn of haar relatie (indien van toepassing). Deze drie vragen, die naar last peilen, werden gescoord op een drie-puntenschaal (geen of een licht probleem – een duidelijk probleem – een ernstig probleem).

De bevraging van verminderd responsief seksueel verlangen gebeurde op analoge wijze maar deze vragen werden enkel gesteld aan mensen die hadden aangegeven een vaste partner te hebben. Zowel voor mannen als voor vrouwen gingen we na hoeveel van hen gedurende de voorbij zes maanden verminderd spontaan seksueel verlangen zonder last hadden ervaren en hoeveel van hen verminderd responsief seksueel verlangen zonder last hadden ervaren.

Om na te gaan in welke mate mensen met en mensen zonder verminderd seksueel verlangen verschillen wat betreft specifieke biologische en psychologische kenmerken, werden vier groepen met elkaar vergeleken. Dit zijn: mannen met verminderd spontaan seksueel verlangen versus mannen zonder verminderd spontaan seksueel verlangen, mannen met verminderd responsief seksueel verlangen versus mannen zonder verminderd responsief seksueel verlangen, vrouwen met verminderd spontaan seksueel verlangen versus vrouwen zonder verminderd spontaan seksueel verlangen en vrouwen met verminderd responsief seksueel verlangen versus vrouwen zonder verminderd responsief seksueel verlangen. Er werd voor gezorgd dat deelnemers uit de controlegroepen zonder verminderd seksueel verlangen niet (statistisch significant) verschilden van deelnemers uit de groepen met verminderd seksueel verlangen, in termen van leeftijd en opleidingsniveau.

## Resultaten

Verminderd *spontaan* seksueel verlangen werd gerapporteerd door 15 mannen en 61 vrouwen. Dit betekent dat 2.1% van de seksueel actieve mannen en 9.6% van de seksueel actieve vrouwen de afgelopen zes maanden verminderd spontaan seksueel verlangen heeft ervaren, zonder daar ook last van te hebben. De hoogste prevalenties werden gevonden in de leeftijdsgroepen 18-29 jaar, 50-64 jaar en +65 jaar. De meer-

derheid van de mannen en vrouwen met verminderd spontaan seksueel verlangen zonder geassocieerde last had een hoger opleidingsniveau, was heteroseksueel en had een vaste partner.

Een vergelijking van mannen met en zonder verminderd spontaan seksueel verlangen toonde significante verschillen aan met betrekking tot lichaamsbeeld en seksuele geremdheid: mannen die verminderd spontaan seksueel verlangen aangaven, hadden een negatiever lichaamsbeeld en scoorden hoger op seksuele geremdheid. Een vergelijking van vrouwen met en zonder verminderd spontaan seksueel verlangen toonde significante verschillen aan met betrekking tot mentale gezondheid, relationele en seksuele tevredenheid, vermijdende hechting, lichaamsbeeld en seksuele communicatie. Vrouwen die verminderd spontaan seksueel verlangen aangaven, scoorden lager op mentale gezondheid, waren minder relationeel en seksueel tevreden, hadden een negatiever lichaamsbeeld, scoorden hoger op vermijdende hechting en communiceerden meer met hun partner over seks. Voor wat betreft fysiek welzijn, testosteron en testosteron gevoeligheid en seksuele excitatie werden er noch bij mannen, noch bij vrouwen verschillen gevonden tussen mensen met en mensen zonder verminderd spontaan seksueel verlangen.

Verminderd *responsief* seksueel verlangen werd gerapporteerd door 17 mannen en 20 vrouwen. Dit betekent dat 2.7% van de seksueel actieve mannen met een partner en 3.4% van de seksueel actieve vrouwen met een partner de afgelopen zes maanden verminderd responsief seksueel verlangen heeft ervaren, zonder daar ook last van te hebben. De meerderheid van de mannen en vrouwen met verminderd responsief seksueel verlangen was lager opgeleid (geen diploma, diploma lager onderwijs of diploma lager secundair onderwijs), heteroseksueel en kon worden gesitueerd in de oudere leeftijdsgroepen (50-64 jaar en +65 jaar).

Een vergelijking van mannen met en mannen zonder verminderd responsief seksueel verlangen toonde enkel een verschil aan met betrekking tot seksuele communicatie: mannen met verminderd responsief seksueel verlangen communiceerden vaker over seks met hun partner dan mannen zonder verminderd responsief seksueel verlangen. Een vergelijking van vrouwen met en vrouwen zonder verminderd responsief seksueel verlangen toonde enkel een verschil aan met betrekking tot mentale gezondheid: vrouwen met verminderd responsief seksueel verlangen scoorden lager op mentale gezondheid dan vrouwen zonder verminderd responsief seksueel verlangen. Voor wat betreft fysiek welzijn, testosteron en testosteron gevoeligheid, relationele en seksuele tevredenheid, vermijdende hechting, seksuele inhibitie en seksuele excitatie werden er noch bij mannen, noch bij vrouwen verschillen gevonden tussen mensen met en mensen zonder verminderd responsief seksueel verlangen.

Tot slot blijken verminderd spontaan en verminderd responsief seksueel verlangen zonder geassocieerde last bij vrouwen relatief vaak samen voor te komen: ongeveer één op vijf vrouwen die verminderd spontaan seksueel verlangen aangaf, rapporteerde ook verminderd responsief seksueel verlangen. Verder gaf 9% van de mannen met

verminderd spontaan seksueel verlangen zonder geassocieerde last ook verminderd responsief seksueel verlangen aan.

## **Conclusie**

Met deze studie wilden we nagaan hoeveel mannen en vrouwen verminderd spontaan en verminderd responsief seksueel verlangen zonder geassocieerde last ervaren. Daarnaast wilden we exploreren welke biologische en psychologische factoren verband houden met beide vormen van verminderd seksueel verlangen bij mannen en vrouwen. De prevalentie van verminderd spontaan seksueel verlangen zonder last bij vrouwen is lager dan wat in ander onderzoek werd gerapporteerd. Mogelijk kan dit deels worden verklaard door het feit dat onze berekening gebaseerd is op vrouwen die de afgelopen zes maanden seksueel actief zijn geweest, terwijl andere studies dit criterium niet altijd hanteerden. De prevalentie van verminderd spontaan seksueel verlangen bij mannen komt overeen met wat in ander onderzoek wordt gerapporteerd. Wat verminderd responsief seksueel verlangen zonder geassocieerde last betreft, kunnen de prevalentiecijfers niet vergeleken worden met ander onderzoek, aangezien responsief verlangen tot op heden zelden in onderzoek is opgenomen.

Voor wat betreft variabelen die samenhangen met verminderd seksueel verlangen zonder last, vonden we dat er meer variabelen verband hielden met verminderd spontaan seksueel verlangen dan met verminderd responsief seksueel verlangen. Dit suggereert het belang van het onderscheid tussen beide vormen van verminderd seksueel verlangen. Toekomstig onderzoek dient uit te wijzen welke andere variabelen mogelijk verband houden met verminderd responsief seksueel verlangen. Verder bleek verminderd seksueel verlangen bij mannen en bij vrouwen met andere factoren samen te hangen. Bovendien waren er bij vrouwen meer variabelen geassocieerd met verminderd spontaan seksueel verlangen dan bij mannen. Dit kan er op wijzen dat verminderd spontaan seksueel verlangen bij mannen en bij vrouwen een ander traject volgt. Indien deze hypothese correct zou blijken, impliceert dit dat er in de klinische benadering van verminderd spontaan seksueel verlangen bij mannen en bij vrouwen mogelijk verschillende klemtonen moeten worden gelegd. Verder onderzoek moet uitwijzen of de gevonden verbanden ook worden gerapporteerd voor wat betreft verminderd spontaan en verminderd responsief seksueel verlangen mét geassocieerde last.

### 7.5.6 *Ervaringen met intiem partnergeweld bij niet-hetero's: een studie naar prevalentie en het verband met mentale en seksuele gezondheid*

Sabine Hellemans (contact: [Sabine.Hellemans@UGent.be](mailto:Sabine.Hellemans@UGent.be))

Prof. Dr. Tom Loeys

Prof. Dr. Ann Buysse

Dr. Alexis Dewaele

Dr. Olivia De Smet

#### **Achtergrond**

Intiem partnergeweld (IPG) verwijst naar “iedere daad van geweld binnen een intieme relatie die een nadeel of fysiek, psychologisch, of seksueel leed veroorzaakt voor de personen die er deel van uitmaken” (WHO, 2010; p.11). Deze vorm van geweld komt zowel voor in heteroseksuele relaties als in holebi-relaties (Saltzman, McMahon, & Shelley, 2002).

Ondanks de recent toegenomen aandacht voor IPG in holebi-relaties hebben enkele factoren ertoe bijgedragen dat dit thema lange tijd onderbelicht werd: (a) Op maatschappelijk niveau hebben traditionele man-vrouw stereotypes bijgedragen tot de mythe dat geweld unilateraal gepleegd wordt door mannen gericht naar vrouwen. Dit heeft ertoe geleid dat onderzoekers zich hoofdzakelijk richtten naar heteroseksueel IPG; (b) Uit angst voor verdere stigmatisatie en om niet als ernstig te worden genomen indien slachtoffer van IPG hebben holebi-verenigingen zelf het thema lange tijd stil gehouden; (c) De aandacht voor andere onderzoeksthema's bij holebi's (bv. HIV/aids bij homomannen) heeft ertoe geleid dat er minder onderzoeks-aandacht was voor IPG; (d) Holebi's vormen een vrij onzichtbare groep in de samenleving en dit maakt het moeilijk om op bevolkingsniveau representatieve cijfers te verzamelen over het voorkomen van IPG bij holebi's.

#### **Doelstelling**

Deze studie speelt in op enkele hiaten in de onderzoeksliteratuur door:

- 1) Prevalentiecijfers van IPG te verzamelen in een representatieve groep van holebi's;
- 2) Te exploreren of IPG in holebi-relaties in gelijke mate, mindere mate, of meerdere mate voorkomt dan IPG in heteroseksuele relaties;
- 3) Te exploreren of IPG bij lesbische/biseksuele vrouwen in gelijke mate, mindere mate, of meerdere mate voorkomt dan IPG bij homo/biseksuele mannen;
- 4) Het verband na te gaan tussen IPG en slachtoffers' mentaal welzijn;
- 5) Het verband na te gaan tussen IPG en slachtoffers' seksueel welzijn.

## Data

### *Steekproef I (onderzoeksvragen 1 en 2)*

De dataverzameling hiervoor is gebeurd in het kader van een grootschalig project in Vlaanderen dat de seksuele gezondheid van mannen en vrouwen tussen 14 en 80 jaar in kaart brengt (Buysse et al., 2013). De onderzoeksgegevens werden verzameld van februari 2011 tot en met februari 2012. De steekproeftrekking gebeurde op basis van een toevallige selectie van personen of huishoudens op basis van het rijksregister waarbij er gestratificeerd werd naar drie leeftijdsgroepen, namelijk 14-25, 26-50 en 50-80 jaar. Geselecteerde personen werden gecontacteerd en geïnformeerd aan de hand van een opgestuurde introductiebrief waarin het doel van het onderzoek beschreven werd en waarin de anonimiteit van de antwoorden gegarandeerd werd. Om de onderzoeksgegevens te verzamelen werd er gebruik gemaakt van gecomputeriseerde interviews die aan huis werden afgenomen door een getrainde interviewer werkzaam in een onderzoeksbureau. Vooraf vroeg de interviewer een toestemmingsformulier te ondertekenen. Tijdens het interview startte de interviewer met enkele algemene vragen over de persoonlijke achtergrond, gezinssituatie,... aan de hand van een CAPI systeem (Computer Assisted Personal Interviewing). Nadien volgden meer intieme vragen die respondenten zelf op het scherm konden beantwoorden via een CASI (Computer Assisted Self Interviewing) systeem. De interviewer keek niet mee. Er werd benadrukt dat na afloop van het interview niemand de ingegeven antwoorden kon terugkoppelen aan de persoonlijke gegevens van de respondent. De gemiddelde afnameduur van een interview was ongeveer één uur.

De eerste steekproef bestond uit 1571 hetero's en 119 niet-hetero's. De gemiddelde leeftijd van de heteroseksuele respondenten was 46.15 jaar (SD = 16.60, Range: 18-79). De gemiddelde leeftijd van de niet-heteroseksuele respondenten was 44.34 jaar (SD = 16.70, Range: 18-80).

### *Steekproef II (onderzoeksvragen 3, 4 en 5)*

Het eerste deel van deze studie laat toe om een representatieve groep van hetero's te vergelijken met een representatieve groep van holebi's. De groep holebi's in deze steekproef is echter te klein om verdere statistische uitspraken over te doen. Om bepaalde hypothesen te kunnen toetsen binnen een groep holebi's werd een tweede grootschalige dataverzameling verricht, specifiek gericht naar holebi's (van september 2011 tot en met maart 2012). Dit deel van de studie betreft een internet-survey. Het voordeel van een online-survey is dat de respondenten op een heel anonieme manier kunnen deelnemen. Dat maakt deze manier van bevraging heel erg geschikt voor seksuele minderheden (Dewaele et al., 2010). Het nadeel van deze manier van bevragen is dat respondenten zichzelf selecteren en er dus geen controle is over de kenmerken van respondenten (e.g. geslacht, leeftijd,...). Daarom streefden we ernaar om bij de rekrutering van de respondenten zoveel mogelijk rekruteringskanalen en methoden te hanteren (bv. Facebook, flyers op holebifeestjes, oproepen in de geschreven pers, posters en elektronische mailings). De uiteindelijke dataset bestaat uit



3702 respondenten, waarvan 66.9% holebi's.

De tweede steekproef bestond uit 883 niet-heteroseksuele vrouwen en 1518 niet-heteroseksuele mannen. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 30.53 jaar (SD = 11.5, Range: 18-86). De gemiddelde leeftijd van de niet-heteroseksuele mannen was 35.31 jaar (SD = 13.28, Range: 18-82).

## Resultaten

Onderstaande tabellen illustreren onze voornaamste onderzoeksbevindingen.

### Onderzoeksvraag 1

- 14.5% van de niet-heteroseksuele respondenten rapporteert dat zij geconfronteerd werd met fysiek geweld door hun huidige of vorige partner.
- 57.9% van de niet-heteroseksuele respondenten rapporteert dat zij geconfronteerd werd met psychologisch geweld door hun huidige of vorige partner.
- Ondanks de hoge prevalentiecijfers zijn de gemiddelde scores voor zowel fysiek (.23 op een schaal van 0-4) als psychologisch partnergeweld (3.16 op een schaal van 0-28) vrij laag wat betekent dat de meeste respondenten te maken kregen met lichte tot milde vormen van IPG.

Tabel 1. Het voorkomen van fysiek en psychologisch partnergeweld bij niet-hetero's (Steekproef I)

Fysiek IPG <i>Als je nadenkt over je huidige of laatste partner, heeft hij of zij...</i>	M (SD)	%
jou ooit met de vlakke hand of met de vuist geslagen, geschopt of op een andere manier fysiek pijn gedaan?	.23 (.63)	14.5%
Psychologisch IPG <i>Als je nadenkt over je huidige of laatste partner, heeft hij of zij...</i>	3.16(4.29)	57.9%
a. geprobeerd om je contacten met vrienden/familie te beperken?	.43(.79)	26.5%
b. aangedrongen om te weten waar je bent op ieder moment van de dag?	.59 (1.01)	30.8%
c. jou genegeerd en onverschillig behandeld?	.57 (.79)	41.5%
d. jou beledigd, bekritiseerd of minachtend gereageerd op wat je doet of zegt?	.69 (.87)	47.9%
e. jou gekleineerd of vernederd ten opzichte van andere mensen?	.46 (.73)	33.6%
f. iets gedaan om je opzettelijk angst aan te jagen of te intimideren?	.26 (.76)	13.0%
g. bedreigd om jou of iemand die je graag ziet, pijn te doen?	.15 (.63)	7.8%

Noot. n = 119. IPG = intiem partnergeweld.

*Onderzoeksvraag 2*

- Tabel 2 laat zien dat de variabelen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, partnerrelatie en seksuele voorkeur geen significant verband vertonen met fysiek IPG. Dit betekent dat alle respondenten ongeacht hun geslacht, ongeacht hun leeftijd, ongeacht hun opleidingsniveau, ongeacht of ze een partner hebben of niet en ongeacht hun seksuele voorkeur, het slachtoffer kunnen worden van fysiek IPG.
- Voor psychologisch IPG zien we dat het al dan niet geconfronteerd worden met psychologisch IPG samenhangt met geslacht (mannen meer dan vrouwen), leeftijd (jonge respondenten meer dan oudere respondenten), opleidingsniveau (hoogopgeleiden vaker dan laagopgeleiden) en partnerrelatie (respondenten in een partnerrelatie op het moment van de studie minder dan respondenten zonder partner). We vinden geen verband voor seksuele voorkeur.
- Wanneer we de frequentie bekijken van psychologisch IPG bij slachtoffers, dan zien we dat laagopgeleiden en respondenten zonder partner vaker geconfronteerd worden met psychologisch IPG dan hoogopgeleiden en respondenten met partner. We vinden geen verband voor seksuele voorkeur.
- Ter besluit, we vinden dat niet-heteroseksuele respondenten en heteroseksuele respondenten in gelijke mate geconfronteerd werden met fysiek en psychologisch IPG.

Tabel 2. Seksuele voorkeur als voorspeller voor fysiek en psychologisch IPG (Steekproef I)

Voorspellers voor fysiek IPG				
Variabelen	RR ( $\epsilon^B$ )		95% BI	
Geslacht	1.21		[0.85, 1.72]	
Leeftijd	0.99		[0.98, 1.00]	
Opleidingsniveau	0.70		[0.49, 1.00]	
Partnerrelatie	0.71		[0.47, 1.05]	
Seksuele voorkeur	1.40		[0.78, 2.52]	

Voorspellers voor psychologisch IPG				
Variabelen	Ja/nee		Mate van psychologisch IPG	
	OR ( $\epsilon^B$ )	95% BI	RR ( $\epsilon^B$ )	95% BI
Geslacht	0.73**	[0.60, 0.90]	1.05	[0.91, 1.20]
Leeftijd	0.99***	[0.98, 0.99]	1.00	[0.10, 1.01]
Opleidingsniveau	1.25*	[1.00, 1.55]	0.76***	[0.66, 0.87]
Partnerrelatie	0.64***	[0.49, 0.83]	0.65***	[0.56, 0.76]
Seksuele voorkeur	0.92	[0.63, 1.36]	1.08	[0.84, 1.40]

Noot. IPG = intiem partnergeweld; OR = odds ratios; RR = rate ratios; CI = betrouwbaarheidsinterval. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

De referentiecategorieën zijn voor geslacht = man, voor opleidingsniveau = laag opgeleid, voor partnerrelatie = geen partner hebben, voor seksuele voorkeur = heteroseksueel.

### Onderzoeksvraag 3

- Tabel 3 laat zien dat laagopgeleide respondenten vaker geconfronteerd werden met fysiek IPG dan hoogopgeleide respondenten. We vinden geen verband met geslacht, leeftijd en partnerrelatie.
- Voor seksueel IPG zien we dat oudere respondenten vaker dan jonge respondenten geconfronteerd werden met seksueel IPG, dat laag opgeleiden vaker dan hoogopgeleiden geconfronteerd werden met seksueel IPG en dat respondenten zonder partner vaker geconfronteerd werden met seksueel IPG dan respondenten met een partner. We vinden geen verband met geslacht.
- We vinden een effect van partnerrelatie op het al dan niet ervaren van psychologisch IPG: respondenten zonder partner rapporteerden meer dan respondenten met een partner ervaringen met psychologisch partnergeweld. We vinden geen verband met geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. We vinden wel een effect van geslacht op de mate van psychologisch IPG: niet-heteroseksuele vrouwen rapporteren meer psychologisch IPG dan niet-heteroseksuele mannen.

- Ter besluit, we vinden dat niet-heteroseksuele vrouwen en mannen in gelijke mate geconfronteerd werden met fysiek en psychologisch IPG, maar dat vrouwelijke slachtoffers meer psychologisch IPG rapporteerden dan mannelijke slachtoffers.

Tabel 3. Geslacht als voorspeller voor fysiek en psychologisch IPG bij niet-hetero's (Steekproef II)

Voorspellers voor fysiek IPG				
Variabelen	RR ( $e^B$ )		95% BI	
Geslacht	1.13		[0.83, 1.54]	
Leeftijd	0.99		[0.98, 1.00]	
Opleidingsniveau	0.43***		[0.31, 0.59]	
Partnerrelatie	0.79		[0.58, 1.06]	
Voorspellers voor seksueel IPG				
Variabelen	RR ( $e^B$ )		95% BI	
Geslacht	1.19		[0.77, 1.87]	
Leeftijd	1.02*		[1.00, 1.04]	
Opleidingsniveau	0.57*		[0.36, 0.91]	
Partnerrelatie	0.27***		[0.17, 0.41]	
Voorspellers voor psychologisch IPG				
Variabelen	Ja/nee		Mate van psychologisch IPG	
	OR ( $e^B$ )	95% BI	RR ( $e^B$ )	95% BI
Geslacht	0.86	[0.71, 1.03]	1.15*	[1.03, 1.30]
Leeftijd	1.01	[0.10, 1.01]	1.01***	[1.00, 1.01]
Opleidingsniveau	0.96	[0.78, 1.19]	0.72***	[0.64, 0.81]
Partnerrelatie	0.63***	[0.52, 0.76]	0.59***	[0.53, 0.66]

Noot. IPG = intiem partnergeweld; OR = odds ratios; RR = rate ratios; CI = betrouwbaarheidsinterval.

De referentiecategorieën zijn voor geslacht = man, voor opleidingsniveau = laag opgeleid, voor partnerrelatie = geen partner hebben, voor seksuele voorkeur = heteroseksueel. \* p < .05. \*\* p < .01. \*\*\* p < .001.

#### Onderzoeksvragen 4 & 5

- Wanneer we het verband nagaan tussen ervaringen met IPG en het mentaal welzijn, dan vinden we dat respondenten die ervaring hebben met psychologisch IPG, hun mentale gezondheid als minder goed inschatten dan respondenten zonder ervaring met psychologisch IPG. Bovenstaande tabel toont

geen significant effect van fysiek IPG omdat dit volledig verklaard wordt door psychologisch IPG.

- Verder vinden we een interactie-effect tussen seksueel IPG x geslacht; dit betekent dat respondenten die ervaring hebben met seksueel IPG een minder goede mentale gezondheid rapporteren, maar dit blijkt enkel voor mannen te gelden.
- Verder vinden we een negatief verband tussen psychologisch IPG en seksuele tevredenheid en tevredenheid met seksuele frequentie: respondenten die ervaring hadden met psychologisch IPG rapporteren minder seksuele tevredenheid en zijn minder tevreden met de frequentie van seks

Tabel 4. Verband tussen IPG en mentale gezondheid, seksuele tevredenheid, tevredenheid met frequentie seks (Steekproef II)

	Mentale gezondheid		Seksuele tevredenheid		Tevredenheid seksuele frequentie	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
Stap 1	.06		.08		.06	
Geslacht		-.05		.05*		-.06*
Leeftijd		.13***		-.05*		-.04
Opleidingsniveau		.04*		-.03		-.03
Partnerrelatie		.16***		.26***		.21***
Stap 2	.04		.01		.02	
Fysiek IPG		-.03		-.01		.01
Psychologisch IPG		-.21*		-.11***		-.16***
Seksueel IPG		-.17*		.03		.04
Stap 3	.01		-		.01	
Geslacht x Fysiek IPG		-		-		-
Geslacht x Psychologisch IPG		-		-		.02*
Geslacht x Seksueel IPG		.20**		-		-
Totaal R <sup>2</sup>	.11***		.09***		.07***	
n	2136		1864		1864	

Noot. IPG = intiem partnergeweld.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

- Wanneer we het verband nagaan tussen ervaringen met IPG en het voorkomen van seksuele disfuncties, dan vinden we dat respondenten die ervaring

hebben met psychologisch partnergeweld meer seksuele disfuncties (zowel zonder als mét distress) rapporteren dan respondenten zonder ervaring met psychologisch partnergeweld. Gelijkaardig aan de bevindingen met de mentale gezondheid vinden we hier geen effect van de andere vormen van IPG omdat deze volledig verklaard wordt door psychologisch IPG.

## Besluit

Zoals verschillende reviews reeds omschreven hebben, is IPG bij holebi's een frequent voorkomend probleem. Onze resultaten hebben aangetoond dat ongeveer 1 op 7 respondenten ervaring heeft met fysiek IPG door de huidige of vorige partner. 57.9% van de niet-hetero's rapporteert ervaring te hebben met psychologisch IPG. Wanneer we echter de gemiddelden bekijken, dan zien we dat het zowel bij fysiek als psychologisch IPG voornamelijk gaat om lichte tot milde vormen van partnergeweld. Vermits prevalentiecijfers zeer gevoelig zijn voor methodologische keuzes, moeten we steeds voorzichtig zijn bij het interpreteren van deze cijfers.

Verder toonden onze resultaten geen verschillen aan tussen hetero's en niet-hetero's. Met andere woorden, niet-hetero's rapporteren even vaak het slachtoffer te worden van zowel fysiek als psychologisch IPG als hetero's. Deze resultaten zijn gelijkaardig aan eerdere onderzoeksbevindingen (e.g. Alexander, 2002; Burke & Follingstad, 1999; Freedner et al., 2005; Potoczniak, Mourout, Crosbie-Burnett, & Potoczniak, 2003).

Wanneer we geslachtsverschillen bekijken binnen de groep niet-hetero's vinden we enkele interessante resultaten. Niet-heteroseksuele vrouwen rapporteren even vaak fysiek en seksueel IPG als niet-heteroseksuele mannen. Voor psychologisch IPG vinden we licht afwijkende resultaten. Meer specifiek vinden we dat mannen en vrouwen even vaak kans maken om het slachtoffer te worden van psychologisch IPG maar dat binnen de groep slachtoffers vrouwen meer psychologisch geweld ervaren dan mannen. We kunnen deze bevinding mogelijk begrijpen aan de hand van het concept 'fusion'. Dit concept verwijst naar de vermenging van intimiteit en conflict binnen lesbische relaties. Als reactie op een dominante heteroseksuele maatschappij benadrukken sommige lesbische koppels de ernst van hun relatie door een zeer intense, intieme band op te bouwen met mekaar. Als gevolg hiervan worden zij echter zeer afhankelijk van elkaar want hen dan weer meer kwetsbaar maakt voor conflict en IPG.

Ten slotte onderzochten we het mentaal en seksueel welzijn van niet-heteroseksuele slachtoffers van IPG. Uit onze resultaten kunnen we afleiden dat meer IPG samen gaat met een minder goede mentale gezondheid. Daarnaast vonden we dat slachtoffers minder seksuele tevredenheid rapporteerden over hun seksleven, minder tevredenheid rapporteerden over de frequentie waarmee ze seks hadden en meer seksuele disfuncties rapporteerden.

*Mogelijke implicaties*

Samenvattend kunnen we stellen dat mensen, ongeacht hun geslacht of seksuele voorkeur, het risico lopen om geconfronteerd te worden met partnergeweld. Concreet betekent dit dat onderzoekers, beleidsmakers, klinici en niet-heteroseksuele slachtoffers zelf, partnergeweld moeten erkennen als een sociaal probleem dat in alle intieme relaties kan voorkomen en niet enkel in heteroseksuele relaties. Daar onderzoek naar IPG echter nog maar recentelijk een grote opmars kent, is het nog niet duidelijk of partnergeweld in holebi-relaties dezelfde aanpak vereist als in heterorelaties.

Een aantal aandachtspunten kunnen echter helpen om het probleem te erkennen. Ten eerste, een verandering in perceptie op maatschappelijk niveau. Doordat er op dit moment maar zeer beperkt gecommuniceerd wordt over het voorkomen van partnergeweld in holebi-relaties beschouwen holebi-slachtoffers zichzelf mogelijk niet als slachtoffer. Als gevolg hiervan kunnen/gaan ze ook minder snel reageren op deze negatieve ervaringen. Ten tweede, meer kwantitatief en kwalitatief onderzoek dat de specifieke relatiedynamieken in gewelddadige holebi-relaties exploreert, zou kunnen leiden tot een beter begrip van deze problematiek. Samengevat, toenemende onderzoeks- en publieke aandacht voor de problematiek zou klinici meer achtergrondkennis en vaardigheden kunnen aanleren om alle slachtoffers van partnergeweld op een gelijke manier te behandelen, ongeacht geslacht of seksuele voorkeur.

### *7.5.7 Kenmerken van de seksuele start bij holebi-jongeren in Vlaanderen: een vergelijkend perspectief*

Dr. Alexis Dewaele (contact: [Alexis.Dewaele@UGent.be](mailto:Alexis.Dewaele@UGent.be))

Dr. Katrien Symons

Prof. Dr. Ann Buysse

Prof. Dr. Mieke Van Houtte

## **Achtergrond**

Over de kenmerken van de seksuele start - de leeftijd waarop men voor het eerst seks heeft en het leeftijdsverschil met de eerste sekspartner - van holebi-jongeren is relatief weinig geweten. Nochtans kunnen deze kenmerken risico's in de latere seksuele carrière voorspellen (Edgards, 2002; O'Donnell, O'Donnell, & Stueve, 2001). Holebi-jongeren zijn daarnaast ook een bijzondere risicogroep op het vlak van seksuele gezondheid. Als we meer zicht krijgen op deze kenmerken en hoe deze samengaan met een aantal indicatoren van seksuele gezondheid, kunnen we mogelijk een betere seksuele gezondheid van deze kwetsbare groep in de hand werken. Daarbij moeten we ook aandacht hebben voor verschillen tussen homo- en biseksuele jongens en lesbische en biseksuele meisjes. Niet enkel zijn er tussen jongens en meisjes verschillen in de seksuele identiteitsontwikkeling (zie bv. Savin-Williams & Diamond, 2000), ze worden ook blootgesteld aan andere risico's op vlak van seksuele gezondheid. Les-



bische en biseksuele meisjes hebben vaker dan homo- en biseksuele jongens een geschiedenis van seksueel misbruik achter de rug (Saewyc, Bearinger, Heinz, Blum, & Resnick, 1998). De hoge prevalentiecijfers van besmetting met hiv in een populatie van mannen die seks hebben met mannen, toont dan weer aan dat homo- en biseksuele jongens een verhoogd risico lopen wanneer ze zichzelf niet beschermen tegen soa's bij anale seks (Vanden Berghe, Nöstlinger, Buvé, Beelaert, Franssen, & Laga, 2011). In deze studie zullen we daarom nagaan of er verschillen zijn in de kenmerken van de seksuele start tussen holebi's en hetero's enerzijds, en tussen jonge (tot en met 30 jaar) homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen anderzijds. Ten slotte gaan we na hoe deze kenmerken binnen een populatie van jonge holebi's specifieke indicatoren van seksuele gezondheid – met name de eerste keer seks als positief ervaren en er zich klaar voor voelen, het aantal gerapporteerde sekspartners, het al dan niet zichzelf beschermen voor soa's en ongeplande zwangerschap bij de eerste keer seks en ervaringen met seksueel geweld – voorspellen.

## **Dataverzameling**

### *Steekproeven*

Een eerste dataset is afkomstig van een grootschalig onderzoek naar seksualiteit, seksuele gezondheid en relaties in Vlaanderen (de Sexpert-studie, Buysse et al., 2013). Respondenten tussen 14 en 80 jaar oud namen deel. De data werden verzameld tussen februari 2011 en januari 2012. De uiteindelijke database bevatte 1832 respondenten (response rate: 40.0%). Deze respondenten werden op toevallige wijze geselecteerd uit het Belgische rijksregister. Alle data werden verzameld via face-to-face interviews, met een combinatie van computer-assisted personal interviewing (CAPI) en computer-assisted self-interviewing (CASI). Alle gevoelige informatie werd in de CASI-methode verzameld. Een tweede dataset vloeide voort uit een bevraging die we organiseerden via een internet-enquête. De vragenlijst was identiek aan die uit de eerste studie maar werd sterk ingekort. Aan de hand van diverse kanalen (banners op websites, flyers op feestjes, verspreiden van posters,...) rekruteerden we zowel heteroseksuele als holebi-respondenten (N=3702).

Uit de eerste representatieve steekproef selecteerden we 510 seksueel actieve respondenten tussen 14 en 35 jaar oud (8% van hen - 41 respondenten - identificeerden we als holebi). Uit de tweede niet representatieve steekproef selecteerden we 1069 seksueel actieve holebi-respondenten van 14 tot en met 30 jaar oud. We namen de leeftijdsrange uit de eerste steekproef iets breder omdat we anders te weinig holebi-respondenten hadden om significante verschillen te kunnen toetsen. We identificeerden respondenten als 'holebi' wanneer ze zichzelf benoemden als homo/lesbisch, biseksueel, of meer homo/lesbisch dan heteroseksueel, of wanneer ze aangaven minstens evenveel seksuele fantasieën te hebben over hetzelfde dan over het andere geslacht, of wanneer ze aangaven zich minstens evenveel aangetrokken te voelen tot hetzelfde dan tot het andere geslacht, of wanneer ze aangaven minstens evenveel seksuele contacten gehad te hebben met partners van hetzelfde als van het andere geslacht. De respondenten die niet aan voorgaande definitie beantwoordden, identi-

ficeerden we als hetero.

### *Metingen*

#### Kenmerken van de seksuele start

Bij vrouwen bij wie de eerste sekspartner een vrouw was, registreerden we enkel de leeftijd waarop men de eerste keer seks (en niet geslachtsgemeenschap) had, bij mannen registreerden we enkel de leeftijd waarop men de eerste keer geslachtsgemeenschap (i.e. seks met penetratie) had. We onderscheidten twee kenmerken van de eerste keer seks of geslachtsgemeenschap (vanaf hier zullen we voor het gemak verwijzen naar de eerste keer seks): de leeftijd waarop men de eerste keer seks had en het leeftijdsverschil met de partner met wie men de eerste keer seks had. De variabelen werden bevraagd aan de hand van open, numerieke antwoordmogelijkheden. In de representatieve studie was de minimumleeftijd waarop men voor het eerst seks had 11 jaar, de maximumleeftijd 30 jaar ( $M = 16.92$ ,  $SD = 2.48$ ). De leeftijd van de eerste sekspartner varieerde van 10 tot en met 28 jaar ( $M = 17.91$ ,  $SD = 3$ ) en het leeftijdsverschil varieerde van  $-4$  (de sekspartner was 4 jaar jonger) tot 22 (de sekspartner was 22 jaar ouder) ( $M = 1$ ,  $SD = 2.3$ ). In de internetstudie was de minimumleeftijd waarop men voor het eerst seks had 11 jaar en de maximumleeftijd 30 jaar ( $M = 17.59$ ,  $SD = 2.65$ ). De leeftijd van de eerste sekspartner varieerde van 11 tot en met 62 jaar ( $M = 19.94$ ,  $SD = 5.17$ ) en het leeftijdsverschil varieerde van  $-8$  (de sekspartner was 8 jaar jonger) tot 33 (de sekspartner was 33 jaar ouder) ( $M = 2.32$ ,  $SD = 4.44$ ).

#### Indicatoren van seksuele gezondheid

We onderscheidten zes indicatoren van seksuele gezondheid. Twee van deze variabelen hebben we gemeten op een vijf-punten-Likertschaal. De eerste betrof de vraag “Hoe heb je deze eerste keer beleefd?” met een range van “heel negatief” tot “heel positief” (in de representatieve studie:  $M = 3.57$ ,  $SD = 1.04$ ; in de internetstudie:  $M = 3.66$ ,  $SD = 1.05$ ). De tweede variabele betrof de vraag “Achteraf gezien, in welke mate denk je dan nu dat je er toen klaar voor was?” met een range van “helemaal niet” tot “helemaal wel” (in de representatieve studie:  $M = 3.83$ ,  $SD = 1.2$ ; in de internetstudie:  $M = 3.97$ ,  $SD = 1.13$ ). Eén variabele werd gemeten in een numeriek open antwoord: het totaal aantal sekspartners dat de respondent had over de levensloop heen (in de representatieve studie:  $M = 6.2$ ,  $SD = 7.2$ ). In de internetstudie bleken 9 cases een outlier te zijn (de absolute z-score voor deze cases was hoger dan 3.29). Deze kregen de waarde ‘200’ toegewezen (i.e. de hoogste waarde na verwijdering van outliers ( $M = 15.92$ ,  $SD = 30.16$ )). Ten slotte hebben we tevens drie dichotome variabelen gemeten: of men al dan niet een condoom gebruikte bij het eerste seksuele contact, of men ernstige vormen van grensoverschrijdend seksueel gedrag (i.e. gedwongen worden tot masturbatie, gedwongen worden orale seks toe te staan of uit te voeren, ervaring met poging tot verkrachting of verkrachting) had meege maakt voor de leeftijd van 18 jaar en na de leeftijd van 18 jaar. We hebben het al dan niet gebruikt hebben van een condoom gemeten aan de hand van de gesloten vraag

“Heb je toen een condoom/beflapje gebruikt?”. Men kon “ja”, “neen”, of “dat weet ik niet meer” antwoorden. In de representatieve studie gaf 71.8% van de respondenten aan dat ze een condoom hadden gebruikt, 7.6% rapporteerde grensoverschrijdend gedrag voor de leeftijd van 18 jaar en 2.2% na de leeftijd van 18 jaar. In de internetstudie gaf 56.5% van de respondenten aan dat ze een condoom hadden gebruikt, 13.6% rapporteerde grensoverschrijdend gedrag voor de leeftijd van 18 jaar en 6.5% na de leeftijd van 18 jaar.

### Demografische gegevens

In de representatieve studie zaten 50.1% mannen en 49.9% vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 25.31 (SD = 5.61). Wat opleidingsniveau betreft, telden we 21.7% studenten waarvan 48% hoogstens een diploma van secundair onderwijs had behaald en 30.3% een diploma van hoger onderwijs. In de internetstudie zaten 58% mannen en 42% vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 25.49 (SD = 5.12). Wat opleidingsniveau betreft, telden we 37.5% studenten waarvan 17.9% hoogstens een diploma van secundair onderwijs had behaald en 44.6% een diploma van hoger onderwijs.

### Data Analyse

Om na te gaan in welke mate er verschillen zijn tussen holebi's en hetero's enerzijds, en homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen anderzijds, vergeleken we de mediaanscores (Mann-Whitney U test). Voorts gingen we na in welke mate kenmerken van de eerste keer seks (de leeftijd waarop men de eerste keer seks had en het leeftijdsverschil met de eerste sekspartner) samengaan met indicatoren van seksuele gezondheid (ervaring eerste keer seks, gevoel klaar geweest te zijn bij eerste keer seks, aantal sekspartners, of de eerste keer veilig was, ervaring met grensoverschrijdend seksueel gedrag voor en na 18 jaar). We controleerden steeds voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

## **Resultaten**

### *Verschillen in de kenmerken van de seksuele start*

Binnen de eerste dataset vergeleken we hetero's met holebi's. We vonden geen verschil tussen hetero's en holebi's wat betreft de leeftijd waarop men de eerste keer seks had ( $U = 4287$ ,  $z = -.67$ .,  $p > .05$ ) (zie tabel 1). De gemiddelde leeftijd van de partner met wie men voor het eerst seks had, lag hoger bij holebi's in vergelijking met hetero's ( $U = 3011.5$ ,  $z = -2.58$ .,  $p < .01$ ).

Binnen de tweede dataset vergeleken we homo- en biseksuele mannen met lesbische en biseksuele vrouwen. De leeftijd waarop men de eerste keer seks had, was hoger bij jonge homo- en biseksuele mannen dan bij lesbische en biseksuele vrouwen ( $U = 106,196$ ,  $z = -6.09$ .,  $p < .001$ ) (zie tabel 2). De gemiddelde leeftijd van de partner met wie men voor het eerst seks had, lag significant hoger bij mannen in vergelijking met vrouwen ( $U = 116,287.5$ ,  $z = -1.98$ .,  $p < .05$ ).

**Tabel 1.** Mediaanscores voor kenmerken van de seksuele start (leeftijd eerste keer geslachts-gemeenschap en leeftijdsverschil met de eerste sekspartner) en toetsen voor verschillen (Mann-Whitney U) tussen heteroseksuele en holebi-respondenten

Variabele	Totaal	Hetero	Holebi	Toets voor verschillen (effect size)
	Mediaan (n=510)	Mediaan (n=469)	Mediaan (n=41)	
Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap	17	17	16	U= 4287 z= -.67
Leeftijdsverschil sekspartner	0	0	2	U=3011.5** z= -2.58 (r= -.11)

**Tabel 2.** Mediaanscores voor kenmerken van de seksuele start (leeftijd eerste keer geslachts-gemeenschap en leeftijdsverschil met de eerste sekspartner) en toetsen voor verschillen (Mann-Whitney U) tussen homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen

Variabele	Totaal	Mannen	Vrouwen	Toets voor verschillen (effect size)
	Mediaan (n=1069)	Mediaan (n=582)	Mediaan (n=487)	
Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap	17	18	17	U= 106,196*** z= -6.09 (r= -.19)
Leeftijdsverschil sekspartner	1	1	1	U=116,287.5 z= -1.98* (r= -.06)

### *Verbanden tussen kenmerken van de seksuele start en indicatoren van seksuele gezondheid*

We toetsten deze verbanden in de data verkregen op basis van de internetbevraging (binnen de groep holebi's). Multivariate analyse (zie tabel 3) wijst uit dat op oudere leeftijd de eerste keer seks hebben, samengaat met een meer positieve ervaring van dit contact ( $\beta = .09$ ,  $p < .01$ ), er zich meer klaar voor gevoeld te hebben ( $\beta = .24$ ,  $p < .001$ ), minder sekspartners te rapporteren ( $\beta = -.43$ ,  $p < .001$ ) en minder ervaringen van seksueel geweld voor 18 jaar (OR = .77,  $p < .001$ ). Ten slotte gaat een groter leeftijdsverschil met de eerste sekspartner samen met minder het gevoel te hebben gehad er klaar voor te zijn ( $\beta = -.11$ ,  $p < .001$ ) en het rapporteren van een hoger aantal sekspartners ( $\beta = .08$ ,  $p < .01$ ).

**Tabel 3.** Samenvatting van regressie-analyses en binaire logistische regressie-analyses om bij jonge holebi's het verband te toetsen tussen kenmerken van de seksuele start (leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap en leeftijdsverschil met de eerste sekspartner) en indicatoren van seksuele gezondheid (de eerste keer positief ervaren hebben, het gevoel er klaar voor geweest te zijn, aantal sekspartners over de levensloop heen, men gebruikte al dan niet een condoom bij de eerste keer en ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag voor en vanaf de leeftijd van 18 jaar)

	Positieve ervaring			"Ik voelde me er klaar voor"			Aantal sekspartners			Condoom/beflapje?			Seksueel geweld (-18)			Seksueel geweld (17+)		
	B	SEB	$\beta$	B	SEB	$\beta$	B	SEB	$\beta$	B	SEB	$\beta$	B	SEB	$\beta$	B	SEB	$\beta$
Age at first intercourse	,04**	,02	,09	,10***	,02	,24	-,08***	,01	-,43	-,03	,03	,97	-,26***	,05	,77	-,08	,06	,92
Age difference partner	-,01	,01	-,06	-,03***	,01	-,11	,01**	,01	,08	,03	,02	1,03	,03	,02	1,03	-,01	,03	,99
(Nagelkerke) R2	,01*			,08***			,44***			,11***			,15***			,04		
n	966		966			965		965		922		965		965		965		965

\*\*\* p < .001. \*\* p < .01. \* p < .05.

## Discussie

Onze resultaten wijzen uit dat de eerste sekspartner bij holebi's gemiddeld ouder is in vergelijking met hetero's. Onderzoek toont aan dat homojongens vaak steun en informatie op vlak van seksualiteit zoeken bij een oudere partner (Kubicek et al., 2010). Het kan echter ook wijzen op een kwetsbaarheid van minder ervaren holebi-jongeren die 'ten prooi' vallen aan meer ervaren oudere partners (Seal, Kelly, Bloom, Stevenson, Coley, & Broyles, 2000). Het gehad hebben van zo'n oudere eerste sekspartner ging in deze studie samen met het zich minder klaar gevoeld te hebben bij de eerste keer en een hoger aantal sekspartners over de levensloop heen. Deze verbanden zijn echter niet erg sterk. Bovendien gaat het hebben van een oudere sekspartner niet samen met een minder positieve ervaring van de eerste keer, een condoom gebruikt te hebben bij die eerste keer en het rapporteren van seksueel geweld. Een oudere eerste sekspartner hebben, hoeft dus niet altijd samen te gaan met specifieke risico's op vlak van seksuele gezondheid. Heel wat studies leggen het verband tussen het hebben van een oudere mannelijke sekspartner en risico's bij (heteroseksuele) vrouwen (zie bv. Miller, Clark, & Moore, 1997) maar deze studies zijn niet zomaar van toepassing op holebi-jongeren. Voor die laatste groep spelen sociale netwerken mogelijk ook een rol. Het ontmoeten van een eerste sekspartner gebeurt mogelijk in een (virtueel) sociaal netwerk dat meer leeftijdsdivers is in vergelijking met dat van heterojongeren. Onderzoek stelt vast dat 47% van de homojongens die een sekspartner zoeken via het internet sekspartners vinden die vaak meer dan 4 jaar ouder zijn (Garofalo, Herrick, Mustanski & Donenberg, 2007). Dit kan mogelijk ook verklaren waarom het leeftijdsverschil met de eerste sekspartner groter is bij jonge homo- en biseksuele mannen in vergelijking met lesbische en biseksuele vrouwen. Voor homomannen is het zoeken van sekspartners via virtuele locaties erg populair geworden (Hospers, Kok, Harterink & de Zwart, 2005).

Lesbische en biseksuele vrouwen en meisjes hadden in dit onderzoek hun eerste keer seks vroeger in vergelijking met homo- en biseksuele mannen en jongens. Dit heeft mogelijk te maken met een andere definiëring van de eerste keer seks: bij mannen verwijst de eerste keer seks in onze bevraging naar geslachtsgemeenschap (i.e. met penetratie) maar bij vrouwen was penetratie geen vereiste. Dit maakt dat we in sommige gevallen een kwalitatief andere ervaring vergelijken tussen mannen en vrouwen. Daarnaast stellen homojongens de eerste keer anale seks, die vaak als pijnlijk wordt ervaren (Kubicek et al., 2010), misschien langer uit dan lesbische meisjes omdat bij die laatste groep de eerste keer seks fysiek minder ingrijpend is. Ten slotte blijkt een merendeel van de lesbische en biseksuele vrouwen tijdens hun leven zowel met mannen als met vrouwen seks te hebben (Bailey, Farquhar, Owen, Whittaker, 2003; Diamond & Savin-Williams, 2000). De drempel om seks te hebben met een partner van het andere geslacht is voor deze vrouwen mogelijk lager omwille van de grotere maatschappelijke aanvaarding.

Ten slotte gaat de eerste keer seks te hebben op vroege leeftijd samen met een minder positieve ervaring, minder het gevoel gehad te hebben er klaar voor te zijn, meer sekspartners en een hogere rapportage van seksueel geweld voor de leeftijd van 18

jaar. Deze verbanden werden echter ook vastgesteld bij hetero's (Symons, Van Houtte, & Vermeersch, 2013). Op dit vlak verschillen hetero's dan ook niet per definitie van holebi's.

#### 7.5.8 *Seksuele inhibitie en excitatie: een verkennende studie van factoren die samenhangen met variatie in excitatie en inhibitie*

Wouter Pinxten (contact: [Wouter.Pinxten@UGent.be](mailto:Wouter.Pinxten@UGent.be))  
Prof. Dr. John Lievens

### **Achtergrond**

Onderzoekers aan het Kinsey Instituut hebben een theoretisch model ontwikkeld om variatie in seksuele responsiviteit op een systematische manier te onderzoeken, namelijk het tweevoudige controlemodel van seksuele respons. In lijn met dit model is de balans tussen twee mechanismen van belang om te begrijpen hoe mensen seksueel reageren op een bepaalde prikkel. Seksuele excitatie, ten eerste, verwijst naar de mate van seksuele activering of opwindbaarheid, die mensen ervaren als reactie op een bepaalde prikkel. Seksuele inhibitie, ten tweede, refereert aan de mate waarin mensen hun seksuele opwinding afremmen. Aangezien seksuele inhibitie individuen ervan weerhoudt om louter op basis van seksuele opwinding te reageren op een prikkel, kan dit beschouwd worden als een adaptieve eigenschap. In bepaalde (sociale) situaties is het immers voordeliger om niet seksueel te reageren. Een voorbeeld van een dergelijke situatie is dat het voor een persoon voordeliger kan zijn om niet seksueel te reageren op iemands seksuele avances, als dit het risico op een conflict met een derde persoon zou vergroten.

Het tweevoudige controlemodel van seksuele respons werd al gebruikt om zowel functioneel als disfunctioneel seksueel gedrag te bestuderen. Ook zijn er verschillende vragenlijsten ontworpen om de mate van seksuele excitatie en inhibitie te meten. Een voorbeeld hiervan zijn de seksuele inhibitie/seksuele excitatie schalen (SIS/SES). Deze vragenlijst werd initieel ontwikkeld voor gebruik bij mannen maar kan na een aantal aanpassingen ook voorgelegd worden aan vrouwen. De SIS/SES vragenlijst maakt het onderscheid tussen één excitatiecomponent en twee inhibitiecomponenten. De eerste inhibitiecomponent (SIS1) heeft betrekking op het afremmen van seksuele opwinding door een vrees om te falen terwijl men seks heeft. Een voorbeeld hiervan is dat een man zijn opwinding verliest omdat hij vreest zijn erectie niet te kunnen behouden tijdens seks. De tweede component (SIS2) verwijst naar inhibitie van seksuele opwinding door vrees voor de gevolgen van het hebben van seks. Een voorbeeld hiervan is het onderdrukken van seksuele opwinding omdat men schrik heeft om betraapt of gehoord te worden.

Onderzoek heeft tot nu toe aangetoond dat de scores voor excitatie en inhibitie normaal verdeeld zijn. Dit wijst op twee zaken: ten eerste dat de vragenlijsten over excitatie en inhibitie een eigenschap meten, die varieert in een populatie. Ten tweede,



kan de normaalverdeling gebruikt worden om adaptieve scores (rond het gemiddelde) en potentieel problematische scores (aan de uitersten) te onderscheiden.

Wij identificeren twee belangrijke beperkingen van de bestaande literatuur over het tweevoudige controlemodel van seksuele respons. Ten eerste is er tot op heden slechts één representatieve studie die maten voor seksuele excitatie en inhibitie heeft opgenomen. Hierbij moet echter vermeld worden dat het om een tweelingenstudie gaat met enkel mannen. De andere studies hebben allemaal gebruik gemaakt van *convenience* samples, waarbij men respondenten selecteert louter omdat ze makkelijk bereikbaar zijn. Ten tweede is er zeer weinig onderzoek gedaan naar de factoren die samenhangen met variatie in seksuele excitatie en inhibitie. Dit kan nochtans helpen om een zicht te krijgen op de oorsprong van inter-individuele variatie van seksuele excitatie en inhibitie. Met deze studie proberen we aan deze limitaties tegemoet te komen.

### **Opzet van de studie**

Deze studie heeft een tweevoudig doel. Ten eerste rapporteren we de resultaten van de SIS/SES uit een representatieve bevolkingsstudie met zowel mannen als vrouwen. Ten tweede onderzoeken we factoren die samenhangen met verschillen in seksuele excitatie en inhibitie. Op deze manier hopen we een exploratief inzicht te krijgen in de oorsprong van variatie in seksuele excitatie en inhibitie.

### **Methode**

Om seksuele excitatie en inhibitie te meten, werd in het Sexpert-onderzoek gebruik gemaakt van de verkorte vorm van de SIS/SES vragenlijst. Deze vragenlijst werd enkel voorgelegd aan de mensen die aangaven dat ze ooit seks hebben gehad.

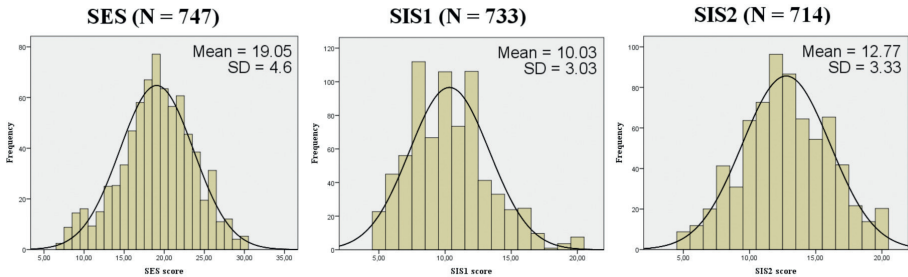
Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, bestuderen we de figuur van de verdeling van de SIS/SES schalen, onderverdeeld naar geslacht. Om correlaten van seksuele excitatie en inhibitie te onderscheiden, maken we gebruik van regressie-analyses. Deze methode laat toe om na te gaan in welke mate verschillende variabelen met mekaar geassocieerd zijn, controlerend voor de impact van andere variabelen. Concreet nemen we de volgende variabelen op: geslacht, leeftijd, fysieke en mentale gezondheidspercepties, opleidingsniveau en een attitudinale variabele over mensen hun openheid ten opzichte van seks.

### **Resultaten**

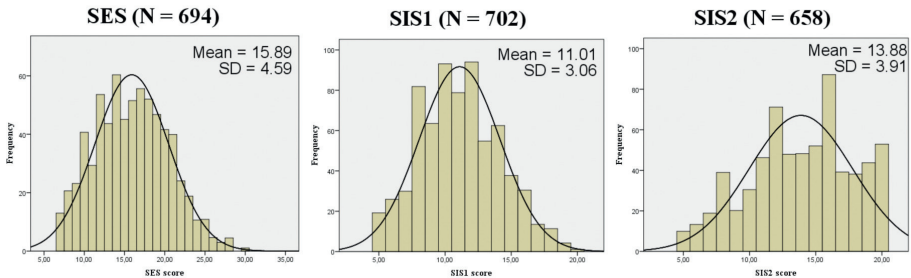
Figuur 1 toont de verdelingen van seksuele excitatie en inhibitie, opgedeeld naar geslacht. De gemiddeldes bevestigen de bevinding van eerdere studies dat mannen gemiddeld hoger scoren dan vrouwen op excitatie en lager op inhibitie. Deze figuren hebben allemaal min of meer een normaalverdeling. Enige uitzondering is de tweede inhibitiecomponent (SIS2) die wat vertekend is naar hoge scores bij vrouwen. De normaalverdeling van deze distributies is interessant omdat het aangeeft dat er aanzienlijke variatie is in de algemene populatie en dat het mogelijk is om adaptieve en potentieel problematische scores van mekaar te onderscheiden. We hebben drie

aparte regressie-analyses uitgevoerd voor de excitatie- en de twee inhibitieschalen en zullen de resultaten van deze analyses achtereenvolgens bespreken.

### Mannen



### Vrouwen



Figuur 1. Verdeling van seksuele excitatie en seksuele inhibitie onderverdeeld naar geslacht

### *Regressie-analyse 1: SES*

Voor seksuele excitatie zien we dat vrouwen lagere scores hebben in vergelijking met mannen. Dit is mogelijk te wijten aan geslachtsverschillen in de voortplantingsstrategieën die ontwikkeld zijn doorheen de evolutie. Volgens dit perspectief hebben mannen meer baat bij een hogere mate van seksuele excitatie. Voor leeftijd zien we dat het excitatieniveau stijgt vanaf 14 jaar, tot het een hoogtepunt bereikt tussen 26 en 40 jaar. Vervolgens daalt het niveau terug. Dit lijkt te suggereren dat mensen leren wat ze opwindend vinden doorheen hun seksuele ontwikkeling. De daling vanaf 40 jaar is mogelijk te wijten aan veranderingen in het lichaam.

Voor de twee gezondheidsvariabelen zien we dat enkel fysieke gezondheid samenhangt met seksuele excitatie: gezondere mensen scoren over het algemeen hoger op seksuele excitatie. Dit is het eenvoudigst te duiden met een voorbeeld over slechte fysieke gezondheid: iemand die zwaar ziek is, ervaart over het algemeen ook minder seksuele opwindend. Ten slotte zien we ook met opleiding een positief verband: hoger opgeleiden blijken hoger te scoren dan lager opgeleiden. Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor dit verband. Ten eerste, wijzen andere studies er op dat men doorheen de seksuele ontwikkeling leert welke prikkels men opwindend vindt. In dit verband is het mogelijk dat mensen met een hoger opleidingsniveau in een

volledig andere omgeving gesocialiseerd worden in vergelijking met lager opgeleiden, wat op zijn beurt een invloed heeft op welke prikkels men als opwindend beschouwd. Een andere optie om de associatie tussen excitatie en opleidingsniveau te verklaren, heeft te maken met de vaststelling dat opleidingsniveau samenhangt met de mate van reflexiviteit. Deze toegenomen mate van reflexiviteit kan ook van toepassing zijn op seksuele stimuli. In lijn met deze mogelijke verklaring denken hoger opgeleiden meer na over welke prikkels ze als opwindend beschouwen terwijl lager opgeleiden dit minder doen en bijgevolg ook minder stimuli als opwindend aanduiden. Op vergelijkbare manier is het ook mogelijk dat hoger opgeleiden progressiever zijn wat zich ook op het vlak van seksuele opwindning zou kunnen uiten. Om dit na te gaan hebben we ook een variabele in verband met de openheid ten opzichte van seks opgenomen in de analyse. Deze variabele veranderde de opleidingseffecten echter niet, wat er op lijkt te wijzen dat vooral andere factoren van belang zijn om de associatie tussen opleidingsniveau en excitatie te verklaren. De twee eerstgenoemde mogelijke verklaringen zijn daarom mogelijk geschikter.

### *Regressie-analyse 2: SIS1*

Voor de eerste inhibitieschaal (SIS1) scoren vrouwen over het algemeen hoger dan mannen. Dit kan wederom verbonden zijn met verschillen in reproductiestrategie. Doordat de zwangerschap, de bevalling en de opvoeding van de kinderen een veel grotere impact heeft op vrouwen, zijn vrouwen immers eerder gebaat bij een hogere mate van inhibitie. Voor leeftijd zien we geen verbanden. Mentale gezondheid is negatief verbonden met inhibitie: mensen met een goed mentale gezondheid ervaren minder inhibitie ten gevolge van vrees voor falen terwijl men seks heeft. Eerder onderzoek heeft in dit verband al aangetoond dat negatieve *mood* er toe kan leiden dat de seksuele opwindning afgeremd wordt. Voor opleiding vinden we, net als bij excitatie, een positief effect: hoger opgeleiden scoren hoger op deze subschaal. Dit kan net zoals bij excitatie het gevolg zijn van een grotere reflexiviteit bij hoger opgeleiden of verschillen in de socialisatie doorheen de seksuele ontwikkeling.

### *Regressie-analyse 3: SIS2*

Ook voor de inhibitie ten gevolge van vrees voor de gevolgen van seks (SIS2) scoren vrouwen over het algemeen hoger dan mannen. Dit kan wederom te maken hebben met verschillen in reproductiestrategie waarbij vrouwen meer inhibitie ervaren door hogere kosten bij de zwangerschap en tijdens de opvoeding van kinderen. Voor leeftijd zien we dat het niveau van inhibitie stijgt tot de leeftijd van 41 tot 54 en van dan af min of meer stabiel blijft. Deze stijging kan te wijten zijn aan lichamelijke veranderingen met het ouder worden. Zo heeft onderzoek aangetoond dat de gevoeligheid in het zenuwstelsel voor remming bij het tot stand komen van de erectie, toeneemt bij oudere mannen. Dit suggereert dat leeftijd positief samenhangt met meer inhibitie. Daarnaast geven de resultaten aan dat mentale gezondheid ook negatief geassocieerd is met deze inhibitiecomponent. Dit kan wederom te maken hebben met de

vaststelling dat negatieve stemming, seksuele opwinding kan afremmen. Ten slotte vinden we een positief effect voor opleiding, wat wederom geassocieerd kan zijn met verschillen doorheen de seksuele ontwikkeling of meer reflexiviteit.

## **Conclusie**

In dit artikel hebben we onderzoek gedaan naar determinanten van variatie in seksuele excitatie en inhibitie. Op verschillende manieren draagt dit bij aan de bestaande literatuur over het thema. Ten eerste is het één van de eerste studies over seksuele excitatie en inhibitie die gebruik maakt van data uit een representatief bevolkingsonderzoek. In deze optiek is het interessant dat onze studie de resultaten van eerdere studies bevestigt, namelijk dat seksuele excitatie en inhibitie normaal verdeeld zijn. Ten tweede geeft onze studie een exploratief overzicht van de factoren die samenhangen met variatie in excitatie en inhibitie, wat meer inzicht geeft in de oorsprong van individuele variatie met betrekking tot deze kenmerken.